

Perspektiven für die GKV-Finanzierung

von Stefan Greß¹ und Christian Jesberger²

ABSTRACT

Die Zeit der Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist auf absehbare Zeit vorbei. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann im Jahr 2021 nur durch einen ergänzenden steuerfinanzierten Bundeszuschuss und einen gesetzlich verordneten Vermögensabbau bei den Krankenkassen einigermaßen stabil gehalten werden. Ursächlich für diese Finanzierungslücke sind einerseits pandemiebedingte Einnahmerückgänge und andererseits Maßnahmen des Gesetzgebers in den vergangenen beiden Legislaturperioden. Die Prognosen über die weitere Einnahmen- und Ausgabenentwicklung sind unsicher. Selbst bei günstigem Verlauf der Pandemie ist aber nicht mit einer substanziellen Verbesserung der Finanzlage der GKV zu rechnen. Die neue Bundesregierung steht daher in der Pflicht, die Finanzlage der GKV mittel- bis langfristig zu konsolidieren. Auf der Einnahmenseite ist eine weitere Erhöhung des Bundeszuschusses nicht alternativlos. Auf der Ausgabenseite zeichnet sich eine Renaissance der Kostendämpfungspolitik ab.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Beitragsfinanzierung, Kostendämpfungspolitik, Steuerfinanzierung

For the foreseeable future, the times of surpluses within the statutory health insurance are over. The average additional contribution rate can be kept reasonably stable only by way of a tax-financed federal subsidy in combination with a legally prescribed asset reduction within the health insurance funds. The reasons for this funding gap are twofold: on the one hand, the drop of income is caused by the pandemic, on the other hand, it is due to various legislative measures of the past two legislative periods. The prognoses on the development of income and expenditures are uncertain. Even with a mild progression of the pandemic, a substantial improvement of the financial situation of the statutory health insurance is not to be expected. The new federal government is therefore obliged to consolidate it in the medium to long term. On the income side, a further increase in federal subsidies is not the only alternative. On the expenditure side, a renaissance of cost containment policy is emerging.

Keywords: statutory health insurance, contribution financing, cost containment policy, tax financing

1 Einleitung: Die Zeit der Überschüsse ist vorbei

Die Ausnahmeperiode in der jüngeren Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat im Jahr 2020 einigermaßen abrupt ein Ende gefunden. Bis dahin konnten sowohl der Gesundheitsfonds als auch die Krankenkassen selbst von Jahr zu Jahr Überschüsse realisieren, die zu steigenden Reserven führten. Nennenswerte Reserven sind in der Kalkulation

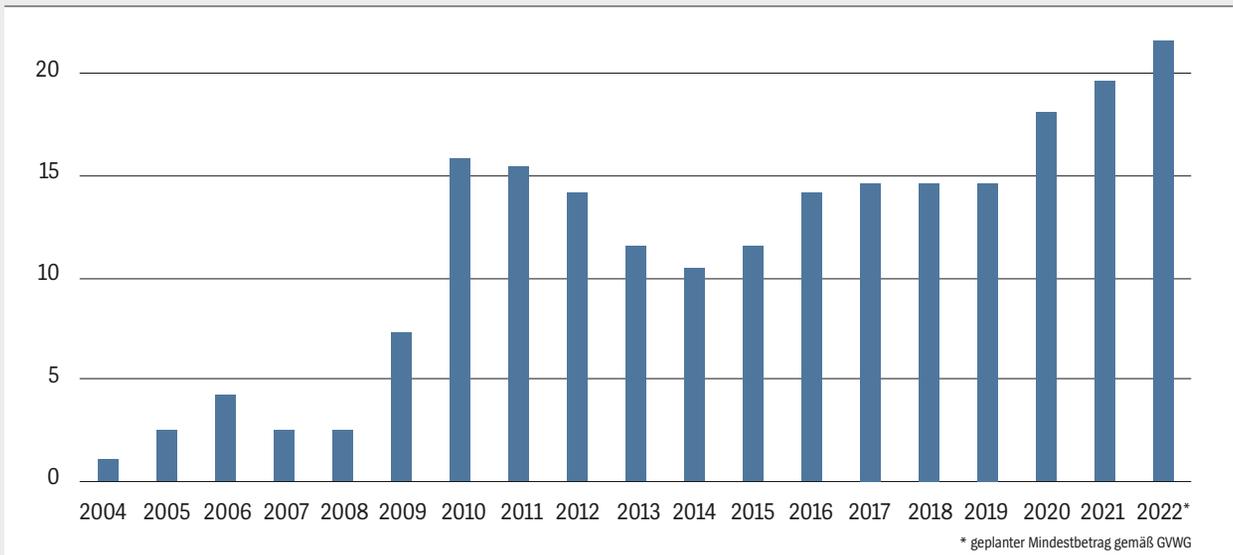
der GKV normalerweise nicht vorgesehen. Nichtsdestoweniger hatte der Gesundheitsfonds zum Jahresende 2019 eine Liquiditätsreserve von 10,3 Milliarden Euro aufgebaut – mehr als doppelt so viel wie gesetzlich mindestens vorgeschrieben. Die Finanzreserven der Krankenkassen beliefen sich zum gleichen Zeitpunkt sogar auf rund 20,6 Milliarden Euro. Letztere veranlassten den Gesetzgeber schon Ende 2018 im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG), die Finanzreserven der Krankenkassen nach oben auf eine

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 96406380
E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

² Christian Jesberger, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640618
E-Mail: christian.jesberger@pg.hs-fulda.de

ABBILDUNG 1

Entwicklung des Bundeszuschusses von 2004 bis 2022



Bis 2004 wurde die gesetzliche Krankenversicherung ausschließlich mit Beitragszahlungen finanziert, seitdem gibt es den Bundeszuschuss. Er wurde seitdem mehrfach aufgestockt und wieder abgesenkt. 2022 wird er voraussichtlich zum dritten Mal in Folge eine Rekordhöhe erreichen.

Monatsausgabe zu begrenzen. Höhere Rücklagen sollten innerhalb von drei Jahren durch Senkungen des Zusatzbeitragssatzes abgebaut werden. Ansonsten drohte eine Rückführung der überschüssigen Reserven an den Gesundheitsfonds.

Diese vergleichsweise komfortable Situation der gesetzlichen Krankenkassen wurde durch eine bis zum Jahresende 2019 dauerhaft wachsende Zahl an sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen in Verbindung mit steigenden Löhnen und Gehältern ermöglicht. Konsequenz waren im langjährigen Vergleich überdurchschnittlich hohe Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen. Das ebenfalls sehr dynamische Ausgabenwachstum konnte von den Krankenkassen damit weitgehend problemlos finanziert werden. Einen Anstieg der Zusatzbeitragssätze hätten die meisten Krankenkassen unter normalen Bedingungen im Jahr 2020 durch einen Rückgriff auf ihre Reserven vermeiden können.

Ein gutes Jahr nach diesem vergleichsweise günstigen Ausblick hat sich die Situation in der GKV drastisch verändert. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist zu Beginn des Jahres 2021 auf knapp sechs Milliarden Euro geschrumpft und liegt damit nicht mehr weit von der Mindestreserve von 4,3 Milliarden Euro entfernt. Auch die Finanzreserven der Krankenkassen sind um gut vier Milliarden Euro auf 16,3 Milliarden Euro geschrumpft. Ein deutlicher Anstieg der Zusatz-

beitragssätze im Laufe des Jahres 2021 konnte nur durch vergleichsweise drastische Maßnahmen des Gesetzgebers im Rahmen des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes (GKV-GPVG) Ende des Jahres 2020 verhindert werden. Unstrittig war die Einführung eines ergänzenden steuerfinanzierten Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds in Höhe von fünf Milliarden Euro (zur Entwicklung des Bundeszuschusses siehe Abbildung 1). Für scharfe Kritik aus dem Lager der Krankenkassen sorgte dagegen eine drastische Verschärfung der Regelungen aus dem GKV-VEG zur Rücklagenreduzierung. Nunmehr müssen Krankenkassen zwei Drittel ihrer Rücklagen zurückführen, wenn diese 40 Prozent einer Monatsausgabe überschreiten. Damit erhöhen sich aus Sicht des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig die Einnahmen um acht Milliarden Euro. Die außerordentlichen Einnahmen in Höhe von insgesamt 13 Milliarden Euro sorgen dafür, dass nach der Prognose des Schätzerkreises der rechnerische durchschnittliche Beitragssatz nur moderat von 1,1 auf 1,3 Prozent steigen wird (*Bundesamt für Soziale Sicherung 2020*).

Im weiteren Verlauf dieses Beitrags analysieren wir zunächst die Ursachen für diese doch sehr deutliche Kehrtwende in der Finanzsituation der GKV. Zweitens nehmen wir die kommende Legislaturperiode in den Blick und diskutieren unterschiedliche Optionen für die Stabilisierung der GKV-Finanzien auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite.

TABELLE 1

Finanzierung GKV 2021 (Prognose Gesundheitsfonds)

Einnahmen und Ausgaben	Betrag in Milliarden Euro
Beitragseinnahmen Gesundheitsfonds	223,7
Beiträge geringfügig Beschäftigte	3,0
Bundeszuschuss (regulär)	14,4
Bundeszuschuss (ergänzend)	5,0
Rückführung Reserven Krankenkassen	8,0
Zuführung aus Liquiditätsreserve	0,9
Summe der Einnahmen des Gesundheitsfonds	255,0
Summe der Ausgaben der Krankenkassen	274,9
Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben	19,9
Beitragspflichtige Einnahmen	1.532,2
Rechnerischer durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz	1,3 %

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung 2020; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

2 Ursachen der aktuellen Finanzsituation

Aus der Prognose des Schätzerkreises für das Jahr 2021 (vergleiche Tabelle 1) wird deutlich, dass ohne den ergänzenden Bundeszuschuss und die Rücklagenreduzierung der Krankenkasse der durch Zusatzbeiträge aufzubringende Finanzbedarf bei insgesamt etwa 33 Milliarden Euro gelegen hätte. Das entspricht rechnerisch einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,2 Prozent. Die Ursachen für diese Finanzierungslücke sind einerseits die Auswirkungen der Pandemie und andererseits Gesetzesvorhaben der laufenden Legislaturperiode (vergleiche Tabelle 2).

Auf der Einnahmenseite zeigt sich der Einfluss der Pandemie durch ein deutlich langsames Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen. Durch stabilisierende Maßnahmen des Gesetzgebers – vor allem im Rahmen der Kurzarbeit – konnte ein drastischer Einbruch der beitragspflichtigen Einnahmen zunächst verhindert werden. Kurzfristig ließ sich dieser Einnahmerückgang in Höhe von etwa vier Milliarden Euro im Jahr 2020 durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auffangen. Für die Folgejahre wird das geminderte Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen für die Krankenkassen hingegen beitragsatzrelevant.

Der Schätzerkreis prognostiziert somit für das Jahr 2021 nur ein moderates Wachstum von 2,4 Prozent für die beitragspflichtigen Einnahmen (*Bundesamt für Soziale Sicherung* 2020).

Dieses Wachstum wird allerdings nicht nur durch die Auswirkungen der Pandemie begrenzt, sondern auch durch Maßnahmen des Gesetzgebers. So hat dieser im Rahmen des GKV-VEG die Mindestbemessungsgrundlage für das Einkommen von Selbstständigen halbiert. In der Gesetzesbegründung wurde mit Mindereinnahmen von rund 800 Millionen Euro gerechnet. Da vor allem kleine Selbstständige von den Wirkungen der Pandemie in überdurchschnittlichem Ausmaß betroffen sind, dürfte der negative Effekt dieser Regelung auf die Einnahmen der GKV deutlich stärker sein als noch im GKV-VEG prognostiziert. Weitere 1,1 Milliarden Euro Mindereinnahmen entstehen durch die teilweise Beitragsfreistellung von Betriebsrenten im Rahmen des GKV-Betriebsrenten-Freibetragsgesetzes. Dieser Betrag wurde im Jahr 2020 noch vollständig durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, im Jahr 2021 sinkt die Zuführung aus der Liquiditätsreserve auf 900 Millionen Euro.

Die Ausgabenseite ist zunächst um die Vielzahl der nur vorübergehend vom Gesundheitsfonds finanzierten durchlaufenden Posten im Rahmen der Pandemie zu bereinigen. Dabei handelt es sich vor allem um die Ausgaben für PCR- und Schnelltests – auch für Privatversicherte – sowie die Ausgleichszahlungen für Leistungserbringer. Letztere sind aus Sicht des Gesetzgebers nötig geworden, um die Minderanspruchnahme im Rahmen der Pandemie auszugleichen. Finanziert werden diese Ausgleichszahlungen ebenso wie andere pandemieinduzierte Ausgaben aus Steuermitteln.

TABELLE 2

Geschätzte finanzielle Wirkungen ausgewählter Gesetze in der 19. Legislaturperiode für 2021

Gesetz	Maßnahmen	Finanzielle Wirkung p. a.
GKV-Versichertenentlastungsgesetz (2018)	Senkung fiktives Mindesteinkommen insbesondere für Soloselbstständige	Mindereinnahmen von mindestens 800 Millionen Euro
GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (2019)	Einführung Freibetrag für Betriebsrenten	Mindereinnahmen von 1,1 Milliarden Euro
Pflegepersonalstärkungsgesetz (2018)	Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen sowie tariflich vereinbarter Entgeltsteigerungen	Mehrausgaben von 2,2 Milliarden Euro
Terminservice- und Versorgungsgesetz (2019)	Erhöhung Festzuschüsse Zahnersatz	Mehrausgaben 570 Millionen Euro
	Einführung Terminservicestellen und finanzielle Anreize für koordinierende Leistungen	Mehrausgaben im mittleren dreistelligen Millionenbereich

Quelle: Jeweilige Gesetzesbegründungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Aus Sicht der GKV ergibt sich somit auf der Ausgabenseite kurzfristig der Effekt, dass die aus Beitragsmitteln zu finanzierende Inanspruchnahme der Versicherten zurückgeht und das Ausgabenwachstum damit begrenzt wird. Parallel werden die Kompensationszahlungen an die Leistungsanbieter – vor allem an die Krankenhäuser – aus Steuermitteln finanziert (*Bundesrechnungshof 2020*).

Bei der Ausgabenentwicklung überschneiden sich demzufolge derzeit die kurzfristig primär entlastenden Wirkungen der Pandemie und die belastenden Wirkungen diverser Ausgabengesetze. Vor der Pandemie warnten die Krankenkassen vor Mehrausgaben vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in der stationären Versorgung und durch die Verordnungsfähigkeit von digitalen Gesundheitsanwendungen in Höhe von etwa 7,5 Milliarden Euro in den Jahren 2021 und 2022 (*Senf 2019*). Es lässt sich vor dem Hintergrund der Veränderungen der Inanspruchnahme derzeit nicht abschätzen, ob diese Prognosen in vollem Umfang eintreffen werden.

3 Unsichere Prognosen

Die weitere Entwicklung der GKV-Finzen ist nicht zuletzt vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig. Die ersten Daten für das Jahr 2021 sind vor diesem Hintergrund wenig aussagekräftig. Es lässt sich allerdings begründet vermuten, dass das vom Schätzerkreis angesetzte Ausgabenwachstum von fast sieben Prozent für das Jahr 2021 nicht erreicht

wird. Der Grund liegt darin, dass das Ausmaß der Nachhol-effekte bei der Inanspruchnahme von zulasten der GKV finanzierten Leistungen weiterhin unklar ist und außerdem wegen der zweiten und dritten Welle der Pandemie deutlich später eintreten wird als prognostiziert. Damit ist eine Verlagerung dieses Effektes – wenn er denn eintritt – in die zweite Jahreshälfte 2021 und das Jahr 2022 wahrscheinlich. Dieser Effekt könnte dann zumindest teilweise kompensiert werden, wenn die gesamtwirtschaftliche Nachfrage und damit die beitragspflichtigen Einnahmen nach Überwindung der Pandemie wieder ansteigen. Auch dieser gegenläufige Effekt wird sich voraussichtlich durch das Andauern der Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen nach hinten verlagern.

Trotz aller Unsicherheiten der Prognosen lässt sich zu diesem Zeitpunkt aber bereits sicher vorhersagen, dass der aktuelle rechnerische Zusatzbeitragssatz nicht zur Deckung des Finanzbedarfs der GKV im Jahr 2022 ausreichen wird. Im Jahr 2021 liegt die prognostizierte außerordentliche Finanzierungslücke bei etwa 13 Milliarden Euro. Dieser Einschätzung liegt die Prognose des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesamtes für Soziale Sicherung zugrunde. Die traditionell etwas skeptischere Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes kommt sogar auf einen Finanzierungsbedarf von rund 14,6 Milliarden Euro (*Bundesamt für Soziale Sicherung 2020*). Für das Jahr 2022 hat der GKV-Spitzenverband in seiner schriftlichen Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom April 2021 das Defizit für 2022 bei konstantem Bundeszuschuss und konstantem Beitrags-

satzniveau auf 16 bis 19 Milliarden Euro beziffert. Begründet wird dies mit der sich weiter öffnenden Schere zwischen den sich pandemiebedingt ungewiss entwickelnden Einnahmen und stark wachsenden Ausgaben (*Deutscher Bundestag 2021 a*).

Diese eher skeptische Einschätzung stellt aus unserer Sicht einen tendenziell ungünstigen Verlauf dar. Bei einem günstigen Verlauf könnten die als Folge einer wirtschaftlichen Erholung steigenden Beitragseinnahmen in etwa gleichem Umfang wachsen wie die Ausgaben, bei denen ein pandemiebedingter Nachholeffekt weitgehend ausbleiben müsste. Insofern würden wir die Spannbreite auf das im Jahr 2022 entstehende Defizit eher auf den Bereich zwischen 13 und 19 Milliarden Euro ansetzen.

In der Systematik der GKV-Finanzierung müsste dieses Defizit normalerweise mittels steigender Zusatzbeitragssätze finanziert werden – rechnerisch wäre dies bei einer zusätzlichen Deckungslücke von 13 bis 19 Milliarden Euro ein durchschnittlicher Anstieg um 0,9 bis 1,2 Beitragssatzpunkte. Dieser Anstieg würde allerdings die von der Bundesregierung schon im Koalitionsvertrag vereinbarte Sozialgarantie verletzen, mit der die Beitragsbelastungen in den Sozialversicherungen für Beschäftigte und Arbeitgeber auf 40 Prozent gedeckelt werden. Die noch zur Verfügung stehenden Reserven im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen würden zur Deckung dieses Defizits nicht ausreichen, weil die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserven die Verfügungsmasse einschränken. Insofern ist es nicht überraschend, dass der GKV-Spitzenverband einen ergänzenden Bundeszuschuss von 18 Milliarden Euro für das Jahr 2022 fordert (*Deutscher Bundestag 2021 a*). Dieser Forderung will die Bundesregierung offensichtlich nicht ohne Weiteres folgen. So soll der ergänzende Bundeszuschuss für 2022 lediglich auf sieben Milliarden Euro statt wie ursprünglich geplant auf 12,5 Milliarden Euro angehoben werden. Darüber hinaus soll die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundestages durch Rechtsverordnung bis zum 31. Dezember 2021 einen abweichenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 festsetzen können. Dessen Höhe soll sich aus dem Betrag ergeben, der zu Stabilisierung des rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 1,3 Prozent notwendig ist (*Deutscher Bundestag 2021 b*).

4 Steuern oder Beiträge?

Die nächste Bundesregierung wird in der neuen Legislaturperiode vor der Herausforderung stehen, das Verhältnis von Beiträgen und Steuern in der Finanzierung der GKV auszutarieren. Ergänzende Bundeszuschüsse sind bisher nur für die Jahre 2021 und 2022 beschlossen. Diese Ent-

scheidung gibt der neuen Bundesregierung immerhin Zeit, grundsätzliche Entscheidungen über Reformen auf der Einnahmenseite zu treffen.

Der Gesetzgeber setzt nun schon zum zweiten Mal erhöhte Steuerzuschüsse ein, um die finanzielle Situation der GKV in konjunkturellen Krisenzeiten zu stabilisieren. In den Jahren 2009 und 2010 erhielt die GKV zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen 13,4 Milliarden Euro mehr als ursprünglich geplant (*Bundesrechnungshof 2021*). Der derzeit geplante ergänzende Bundeszuschuss in Höhe von mindestens zwölf Milliarden Euro bewegt sich auf einem vergleichbaren Niveau. Wie schon in der Finanz- und Wirtschaftskrise will der Gesetzgeber mit der finanziellen Stabilisierung der GKV zusätzliche Belastungen für Beschäftigte und Arbeitgeber als Folge steigender Zusatzbeitragssätze vermeiden.

Die Krisenanfälligkeit der GKV-Finanzierung ist zwar akut vor allem auf pandemiebedingte Einnahmerückgänge und politisch induzierte Ausgabensteigerungen zurückzuführen. Ursächlich sind aber nicht zuletzt strukturelle Schwächen auf der Einnahmenseite (*Greß und Jesberger 2021*). Ökonomisch gesehen liegt diese strukturelle Einnahmenschwäche darin begründet, dass die gesetzlich definierten beitragspflichtigen Einnahmen nur einer Teilmenge des Volkseinkommens entsprechen. Es ist hinlänglich bekannt, dass sich die Beitragslast in der GKV beispielsweise durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage oder die Integration von gesetzlicher und privater Krankenversicherung stärker am Leistungsprinzip orientieren würde. Zudem würden die angesprochenen Maßnahmen den Beitragssatz einmalig nennenswert senken (vergleiche Tabelle 3) sowie durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage die Anfälligkeit der GKV-Finanzierung in Krisenzeiten reduzieren. In den vergangenen Legislaturperioden hat jedoch keine Bundesregierung ernsthafte Bemühungen gezeigt, auch nur eine der drei Maßnahmen umzusetzen und damit die Beitragsfinanzierung der GKV auf eine breitere Basis zu stellen.

Insofern ist auf der Einnahmenseite die Ausweitung der Steuerfinanzierung nicht alternativlos. Letztere stellt gesundheitspolitisch gesehen dennoch auch für den Zeitraum nach 2022 die einfachere Option dar. Dies gilt zumindest in der ökonomisch außerordentlich unüblichen Situation, in der die Ausweitung der Neuverschuldung für den Bund mit Zinseinnahmen verbunden ist. Es lässt sich außerdem argumentieren, dass die Steuereinnahmen des Bundes in der Summe – auch unter Berücksichtigung der regressiven Effekte von Konsumsteuern – im Gegensatz zur Beitragsfinanzierung leicht progressiv wirken (*Bach et al. 2017*) und zudem über das Steueraufkommen auch Privatversicherte zur GKV-Finanzierung beitragen. Durch eine

zunehmende Finanzierung über das für eine Umverteilung prädestinierte Steuer- und Transfersystem könnten die Gerechtigkeitsdefizite der Beitragsfinanzierung zumindest teilweise abgebaut werden.

Dieses Argument ist allerdings insofern zu relativieren, als dass selbst im Jahr 2021 gerade einmal sieben Prozent aller GKV-Ausgaben durch Steuermittel finanziert werden. Im Umkehrschluss werden 93 Prozent der Ausgaben durch Beiträge finanziert, deren Aufbringung an verschiedenen Stellen sowohl Grundsätze der vertikalen als auch der horizontalen Gerechtigkeit verletzt (Greß 2019). Eine massive Ausweitung der Steuerfinanzierung – wie kürzlich von Rainer Schlegel, dem Präsidenten des Bundessozialgerichts, gefordert – würde folgerichtig deutliche Steuererhöhungen nach sich ziehen. Ob dies zu einer progressiveren Lastenverteilung führen würde, hängt dabei auch davon ab, auf welche Einkommensarten bei etwaigen Steuererhöhungen zurückgegriffen würde (Reiners 2020).

Durch den erneuten Einsatz von Steuermitteln zur konjunkturell bedingten Stabilisierung der GKV wird zudem die gesetzliche Begründung des Bundeszuschusses vollends obsolet. Es herrscht inzwischen weitgehend Einigkeit darüber, dass die pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gemäß § 221 Abs. 1 SGB V als Begründung für die Höhe des Bundeszuschusses nur sehr eingeschränkt herangezogen werden kann (Bundesrechnungshof 2021; Jacobs 2020). Es gibt bisher weder eine Legaldefinition über das Ausmaß versicherungsfremder Leistungen noch einen gesundheitspolitischen beziehungsweise gesundheitsökonomischen Konsens darüber. So lässt sich bereits trefflich darüber streiten, ob die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern eine versicherungsfremde Leistung oder einen Kernbereich der solidarischen Absicherung darstellt.

Aus Sicht des Gesetzgebers hat diese unklare und im Kern funktionslose Definition des Verwendungszwecks des Bundeszuschusses den Vorteil, dass dessen Höhe nach Bedarf mittels eines einfachen Bundesgesetzes verändert werden kann. Dieser politischen Flexibilität steht allerdings die Angreifbarkeit eines Bundeszuschusses ohne einen halbwegs klaren Begründungszusammenhang gegenüber. Die Kritik der privaten Krankenversicherungswirtschaft am Bundeszuschuss für die GKV ist bisher folgenlos geblieben (Bahsen und Wild 2021). Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Nichtzahlung eines solchen Zuschusses an die PKV bei gleichzeitiger Heranziehung der Privatversicherten zur Finanzierung der GKV bei weiter steigenden Finanzierungsvolumina einer rechtlichen Prüfung unterzogen wird. Dieser Gefahr könnte durch eine klare Regelbindung des Bundeszuschusses – etwa in Höhe der Ausgaben von Kindern und Jugendlichen in der GKV – begegnet werden (Greß und Bieback 2014).

5 Renaissance der Kostendämpfungspolitik?

Gesundheitspolitik bestand in Deutschland lange Zeit vor allem aus Kostendämpfungspolitik. Die gemeinsame Eigenschaft der aus diesem Politikansatz resultierenden Gesetze bestand darin, durch geeignete Maßnahmen auf der Nachfrage- wie Angebotsseite die Ausgaben der Versichertengemeinschaft zu stabilisieren und damit den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2003 war das letzte Gesetzesvorhaben, das primär die Nachfrageseite in den Blick nahm. Im Geiste der sogenannten Hartz-Reformen wurde der Leistungsanspruch der Versicherten reduziert, unter anderem durch die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Erstattungsanspruch. Zudem hat der Gesetzgeber die Selbstbeteiligungen für Versicherte erhöht. In Erinnerung geblieben ist insbesondere die Einführung der Praxisgebühr in der ambulanten ärztlichen Versorgung, die im Jahr 2012 wieder abgeschafft wurde. Auch der Erstattungsanspruch für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zumindest für chronisch kranke Versicherte wurde durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sukzessive wiederhergestellt.

Die beiden Beispiele zeigen, dass es gesundheitspolitisch außerordentlich unpopulär ist, einmal eingeführte Leistungsansprüche wieder zu beschränken. Die Wirkungen von Selbstbeteiligungen sind zudem mindestens ambivalent zu beurteilen. Im günstigsten Fall führt die Finanzierungsfunktion von Selbstbeteiligungen dazu, dass die Versichertengemeinschaft finanziell entlastet wird. Gleichzeitig wird aber die finanzielle Schutzfunktion der Krankenversicherung ausgehöhlt. Die Steuerungsfunktion von Selbstbeteiligungen führt indes nicht unbedingt zu den Effekten, die in den meisten gesundheitsökonomischen Lehrbüchern prognostiziert werden. Spätestens seit dem „RAND Health Insurance“-Experiment wissen wir zwar, dass spürbare Selbstbeteiligungen die Inanspruchnahme reduzieren und damit kurzfristig Kosten dämpfen. Mittel- bis langfristig können allerdings Folgekosten entstehen, weil die Erkrankten in der Regel nicht zwischen medizinisch sinnvollen und nicht sinnvollen Maßnahmen unterscheiden können und die Inanspruchnahme in der Konsequenz auch für medizinisch sinnvolle Maßnahmen zurückgeht (RAND Health 2006). Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzgeber sowohl aus einer gesundheitsökonomischen als auch aus einer gesundheitspolitischen Perspektive gut beraten, das vergleichsweise geringe Niveau von Selbstbeteiligungen in der GKV nicht spürbar auszuweiten.

Kostendämpfungspolitik setzt jedoch nicht nur auf der Nachfrage- sondern auch auf der Angebotsseite an. Das letzte zentrale Gesetz zur Kostendämpfung auf der Angebotsseite

TABELLE 3

Entlastungseffekte durch eine Reform der Beitragsfinanzierung

Maßnahmen	Entlastung Beitragssatz	Kumulierte Entlastung Beitragssatz
Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherten Personenkreises	-0,9	-0,9
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	-0,8	-1,8
Verbeitragung aller Einkommensarten mit Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte	-1,5	-3,1

Quelle: Rothgang/Dornhoff 2017; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

war das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) aus dem Jahr 2011. Mit dem AMNOG hat der Gesetzgeber die freie Preisbildung der pharmazeutischen Industrie bei der Zulassung neuer Produkte massiv eingeschränkt und den Erstattungspreis an den nachgewiesenen Zusatznutzen gekoppelt. Die ebenfalls im AMNOG beschlossenen Rabattverträge üben bis heute massiven Preisdruck auf die Hersteller von Generika aus. Seitdem hat der Gesetzgeber in den vergangenen beiden Legislaturperioden auf Kostendämpfungsmaßnahmen auf der Angebotsseite – nicht nur in der Arzneimittelversorgung – weitgehend verzichtet und eher Leistungsausweitungen auf Kosten der Versichertengemeinschaft beschlossen.

Über die Ursachen dieses Paradigmenwechsels kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Ein Grund bestand sicher in der mit Ausnahme des Jahres 2020 vergleichsweise finanziell komfortablen Situation der GKV. Zudem war bis zum Beginn des Jahres 2019 der Druck auf den Gesetzgeber gering, weil Ausgabensteigerungen zulasten des ausschließlich von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrags beziehungsweise Zusatzbeitragssatzes finanziert werden konnten (*Gerlinger und Greß 2018*). Dies hat sich durch die Wiederherstellung der vollständigen Parität im Rahmen des GKV-VEG geändert. Seitdem haben auch die Arbeitgeber wieder ein klares Interesse an Ausgabenbeschränkungen. Insofern steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesetzgeber in der neuen Legislaturperiode auch die Ausgabenseite und damit die Leistungsanbieter stärker in den Blick nimmt. Das gilt insbesondere dann, wenn der Bund mit ergänzenden Bundeszuschüssen dauerhaft einen stabilen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz garantieren müsste. Dann entstünde die in der GKV historisch einmalige Situation, dass der Bund die finanziellen Auswirkungen seiner gesundheitspolitischen Reformvorhaben in Form steigender Bundeszuschüsse selbst tragen müsste.

6 Fazit

Die Zeit der Überschüsse in der GKV ist seit dem Jahr 2020 abgelaufen: Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schrumpft genauso wie die Rücklagen der Krankenkassen. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann im Jahr 2021 nur durch einen ergänzenden steuerfinanzierten Bundeszuschuss in Höhe von fünf Milliarden Euro und einen gesetzlich verordneten Vermögensabbau bei den Krankenkassen in Höhe von acht Milliarden Euro einigermaßen stabil gehalten werden. Ursächlich für diese Finanzierungslücke sind einerseits pandemiebedingte Einnahmerückgänge und andererseits Maßnahmen des Gesetzgebers in den letzten beiden Legislaturperioden. Diese Maßnahmen führen zu Einnahmenschwäche der GKV-Finanzierung. Auf der Ausgabenseite führen die Maßnahmen des Gesetzgebers zu Mehrausgaben vor allem in der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Prognosen über die weitere Einnahmen- und Ausgabenentwicklung sind unsicher und vor allem vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig. Für das Jahr 2022 ist aber ein mindestens so hohes Defizit wie im Jahr 2021 zu erwarten. Das Defizit dürfte in dem Bereich zwischen 13 und 19 Milliarden Euro liegen. Selbst bei günstigem Verlauf der Pandemie ist damit nicht mit einer substanziellen Verbesserung der Finanzlage der GKV zu rechnen. Das gilt auch für den Zeitraum nach 2022. Die bisher beschlossenen Maßnahmen des Gesetzgebers stabilisieren zwar kurzfristig den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Darüber hinaus wird die neue Bundesregierung in der Pflicht stehen, die Finanzlage der GKV zu konsolidieren. Eine weitere Erhöhung des Bundeszuschusses ist nicht alternativlos, zumal die Bindung an die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die erneute konjunkturbedingte Anpassung ad absurdum geführt wird. Bisher hat sich jedoch noch keine

Bundesregierung an Maßnahmen zur Überwindung der strukturellen Einnahmenschwäche gewagt. Auf der Ausgabenseite zeichnet sich eine Renaissance der Kostendämpfungspolitik ab, die allerdings politisch deutlich unpopulärer als die Ausgabengesetze der vergangenen beiden Legislaturperioden sein wird.

Literatur

Bach S, Beznoska M, Steiner V (2017): Wer trägt die Steuerlast? Verteilungswirkungen des deutschen Steuer- und Transfersystems. Study Nr. 347. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

Bahnen L, Wild F (2021): Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finzen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Bundesamt für Soziale Sicherung (2020): Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2020 und 2021. Bonn: Bundesamt für Soziale Sicherung

Bundesrechnungshof (2020): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 88 Abs. 2 BHO. Teil 1: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesetzliche Krankenversicherung. Potsdam, den 13. November 2020; bundesrechnungshof.de → Suche: Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung

Bundesrechnungshof (2021): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 88 Abs. 2 BHO. Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung. Potsdam, den 1. Februar 2021; bundesrechnungshof.de → Suche: Versicherungsfremde Leistungen der GKV

Deutscher Bundestag (2021 a): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversor-

gungsentwicklungsgesetz – GVWG), Ausschussdrucksache 19(14)311(28.1) vom 9. April 2021. Berlin

Deutscher Bundestag (2021 b): Änderungsantrag 20 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822, Ausschussdrucksache 19(14)320.1 vom 2. Juni 2021. Berlin

Gerlinger T, Greß S (2018): Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV. Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall. Soziale Sicherheit, Jg. 67, Extra Januar 2018, 10–21

Greß S (2019): Finanzierung der Gesundheitsversorgung. In: Haring R (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, 749–760

Greß S, Bieback KJ (2014): Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit. ifo Schnelldienst, Jg. 67, Heft 7, 6–9

Greß S, Jesberger C (2021): SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ökonomische Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem. Public Health Forum, Jg. 29, Heft 1, 5–7

Jacobs K (2020): Beitrag oder Steuer. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 23, Heft 10, 21–25

RAND Health (2006): The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. Santa Monica: RAND

Reiners H (2020): „Sozialgarantie“ als Perspektive? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 6, 49–51

Rothgang H, Domhoff D (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Die Linke und der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Bremen: Universität Bremen

Senf K (2019): Kassensturz bei Schwarz-Rot. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 22, Heft 9, 29–33

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. Juni 2021)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,

Jahrgang 1967, studierte Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss war er als Berater für Krankenversicherungen tätig und promovierte an der Universität Bremen. Ab 2001 folgten Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 ist Greß Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda und seit 2016 außerdem Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Seine Forschungs- und Publikationsschwerpunkte sind Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, internationaler Gesundheitssystemvergleich und Gesundheitspolitik.



Christian Jesberger,

Jahrgang 1982, studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Freiburg und Mannheim (Diplom-Volkswirt). Anschließend war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Mannheim, Abteilung Volkswirtschaftslehre, sowie Dozent an verschiedenen Universitäten, unter anderem für Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung und Wirtschaftspolitik. Seit Juli 2019 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent im Studiengang Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Hochschule Fulda.