

Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler – ein Trend verstetigt sich

von Stefan Greß¹

ABSTRACT

In jüngster Zeit lässt sich eine systematische Strategie zur Entlastung des Bundeshaushaltes zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erkennen. Die Reduzierung des Bundeszuschusses in den Jahren 2014 und 2015 allein führte zu Einnahmeverlusten von insgesamt sechs Milliarden Euro. Auch im Rahmen von neuen Regelungen hat der Bund die Finanzierungsverantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben systematisch den Beitragszahlern übertragen. Dazu zählt die Finanzierung des Innovationsfonds genauso wie die Kofinanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jüngstes Beispiel für diese Strategie ist die Teilfinanzierung des Strukturfonds für den Kapazitätsabbau in der stationären Versorgung aus Beitragsmitteln. Konsequenz dieser Strategie ist ein steigender Druck auf die Zusatzbeiträge, deren Anstieg zukünftig allein von den Versicherten getragen werden muss.

Schlüsselwörter: Finanzierung, Steuern, Beiträge, Prävention, stationäre Versorgung

The last few years have seen a tendency to exonerate the Federal budget at the expense of the statutory health insurance. The reduction of the federal grant in 2014 and 2015 alone has led to a revenue loss of six billion Euros. Also with regard to new projects financial responsibility for tasks related to society as a whole has systematically been transferred to the insurees. This includes financing the new innovation funds as well as co-financing the Federal Centre for Health Education. Another fairly recent example which illustrates this tendency is the financial set-up for the envisaged so-called structural fund, whose aim is to reduce overcapacities for inpatient treatment. As a consequence, pressure on the so-called additional contributions grows. What makes the problem even more severe is that any increase of the contribution rate has to be paid solely by the insurees, since the employer's contribution rate is frozen at 7.3 percent.

Keywords: funding, taxes, contribution rates, prevention, inpatient treatment

1 Einleitung

Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble kann fest mit einem ausgeglichenen Haushalt für das Haushaltsjahr 2015 rechnen. Dieses Ergebnis hat der Finanzminister allerdings nicht nur sprudelnden Steuereinnahmen und einer insbesondere im Vergleich zum Rest der Weltwirtschaft florierenden Konjunktur zu verdanken. Einen nennenswerten Beitrag zur Haushaltskonsolidierung liefern auch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung. Die sogenannte schwarze Null wird auch durch die konsequente Strategie der Bundesregierung erreicht, den Bundeshaushalt um Milliardenbeträge zu entlasten

und die Verantwortung für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu transferieren.

Gegenstand der vorliegenden Analyse ist es, diese Strategie genauer zu beleuchten und im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu beurteilen. Dazu werden im ersten Teil des Beitrags die verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen beschrieben, mit denen die Bundesregierung die angesprochene Strategie umgesetzt hat. Im Anschluss werden die Auswirkungen dieser Maßnahmen analysiert. Abschließend werden Vorschläge zu einer sachgemäßen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entwickelt.

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda
Tel.: 0661 9640-601 · E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.dee

2 Vom Haushaltsbegleitgesetz zum Krankenhausstrukturgesetz

Die in jüngster Zeit als systematische Strategie wahrnehmbare Entlastung des Bundeshaushalts zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft nimmt ihren Anfang im Haushaltsbegleitgesetz des Jahres 2014 und lässt sich über das Versorgungsstärkungsgesetz sowie das Präventionsgesetz bis hin zum Krankenhausstrukturgesetz verfolgen.

2.1 Haushaltsbegleitgesetz 2014 – Reduzierung des Bundeszuschusses

Mit dem im Jahr 2014 verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetz wurde der Bundeszuschuss zur GKV von den ursprünglich geplanten 14 Milliarden Euro auf 10,5 Milliarden Euro im Jahr 2014 beziehungsweise 11,5 Milliarden Euro im Jahr 2015 abgesenkt. Ab 2016 soll der Bundeszuschuss dann wieder auf seine ursprüngliche Höhe von 14 Milliarden Euro angehoben und ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben werden. Begründet wurde diese Maßnahme mit der guten Finanzlage der GKV. Der Differenzbetrag zwischen dem ursprünglich geplanten und dem reduzierten Bundeszuschuss muss demzufolge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden (*Deutscher Bundestag 2014*).

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 Paragraph 221 des Fünften Sozialgesetzbuches (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 siebenmal verändert. Am höchsten war der Bundeszuschuss mit 15,7 Milliarden Euro im Jahr 2010 (vergleiche Abbildung 1).

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 Paragraph 7 des Haushaltsgrundsätzegesetzes dienen alle Einnahmen als Deckungsmittel für alle Ausgaben. Mit anderen Worten: Steuern haben grundsätzlich keine Zweckbindung. Mit diesem Grundsatz soll einerseits die Handlungsfähigkeit politischer Akteure sichergestellt werden.

ABBILDUNG 1

Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung



* reduziert von ursprünglich geplanten 14 Milliarden Euro durch Haushaltsbegleitgesetz

** geplant gemäß Haushaltsbegleitgesetz

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Andererseits bedeutet die Einhaltung des Grundsatzes aber auch, dass unterschiedliche Ressortinteressen regelmäßig untereinander konkurrieren (*Greß und Stegmüller 2014*).

Eine weitere Ursache für die dargestellten Schwankungen ist die Tatsache, dass die Höhe des Bundeszuschusses keiner klaren Regelbindung unterliegt. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes hat die GKV für gesamtgesellschaftliche Aufgaben – aus Sicht des Autors ist dieser Begriff dem Terminus „versicherungsfremde Leistungen“ vorzuziehen – im Jahr 2011 den Betrag von 33,9 Milliarden Euro ausgegeben (vergleiche Tabelle 1). Der tatsächlich gezahlte Bundeszuschuss finanziert davon im Jahr 2015 gerade einmal ein Drittel der Gesamtsumme.

Eine präzisere Regelbindung könnte die Schwankungsbreite des Bundeszuschusses reduzieren. Dazu müssten jedoch die Kernaufgaben der Sozialversicherung eindeutig definiert und die Zuweisungen an die Krankenkassen zudem dynamisiert

TABELLE 1

GKV-Ausgaben für gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Jahr 2011

Ausgabenposten	Betrag in Milliarden Euro
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren	16,1
Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten der Mitglieder und Rentner	13,7
Beitragsfreiheit bei Mutterschutz und Elternzeit	1,0
Ausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung	3,9
Korrekturposten für Doppelzählungen	-1,0
Gesamtvolumen	33,9

Quelle: GKV-Spitzenverband 2013; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Die Angaben sind gerundet.

werden (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 – auch im Haushaltsbegleitgesetz – jedoch Abstand genommen. Hintergrund war offensichtlich die Befürchtung, dass die privaten Krankenversicherer beziehungsweise ihre Versicherten aus Gleichbehandlungsgründen eine ähnliche Kompensation einfordern könnten (Grefß und Bieback 2014).

2.2 Versorgungsstärkungsgesetz – Finanzierung des Innovationsfonds

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) hat der Gesetzgeber beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2019 sind demnach für die Förderung von Versorgungskonzepten 225 Millionen Euro pro Jahr und für die Förderung der Versorgungsforschung

75 Millionen Euro pro Jahr vorgesehen. Die Finanzierung des Innovationsfonds erfolgt ausschließlich aus Beitragsmitteln.

Einerseits ist die finanzielle Förderung von Investitionen in innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung zu begrüßen. Mindestens ambivalent ist jedoch die vollständige Finanzierung des Innovationsfonds aus Beitragsmitteln. Einerseits kommen mögliche positive Effekte innovativer Versorgungsformen wahrscheinlich ausschließlich gesetzlich Versicherten zugute. Insofern lässt sich eine Finanzierung aus Beitragsmitteln für diesen Finanzierungsanteil des Innovationsfonds durchaus rechtfertigen. Andererseits ist es in anderen Wirtschaftsbereichen – etwa für kleinere und mittlere Unternehmen – nicht unüblich, dass Innovationsförderung zumindest teilweise aus Steuermitteln finanziert wird. Die gilt erst recht für die Finanzierung der Versorgungsforschung aus Beitragsmitteln. Hier wäre aus Sicht des Autors ein aus Steuermitteln finanziertes Forschungsförderprogramm beim zuständigen Bundesministerium für Bildung und Forschung deutlich sachgerechter gewesen – schließlich kommen die bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungsformen gewonnenen Erkenntnisse der Gesamtbevölkerung zugute und nicht nur der Versicherungsgemeinschaft.

2.3 Präventionsgesetz – Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention

Das nach mehreren vergeblichen Anläufen endlich verabschiedete Präventionsgesetz stärkt die Rolle der gesetzlichen Krankenkassen bei der Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Gleichzeitig nimmt der Gesetzgeber die Krankenkassen auch bei der Finanzierung dieser Maßnahmen in die Pflicht. Zukünftig muss jede gesetzliche Krankenkasse sieben Euro pro Jahr und Versicherten für die im Präventionsgesetz definierten Leistungen aufwenden. Davon müssen 0,45 Euro pro Jahr und Versicherten an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) abgeführt werden. Nach Paragraph 20 a Absatz 3 SGB V dient die Tätigkeit der BZgA „zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen“. Insgesamt rechnet der Gesetzgeber mit Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 220 bis 240 Millionen Euro pro Jahr. Davon entfallen etwa 35 Millionen Euro auf die Vergütung der BZgA (Deutscher Bundestag 2015 a).

Zwar ist die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes – ähnlich wie oben die Einrichtung des Innovationsfonds im

Versorgungsstärkungsgesetz – grundsätzlich zu begrüßen. Auch hier wird jedoch der Bundeshaushalt geschont – die Finanzierung von Leistungsausweitungen erfolgt ausschließlich aus Beitragsmitteln. Dies ist jedoch aus zwei Gründen zu kritisieren. Erstens ist eine Finanzierung aus Beitragsmitteln nur dann sachgerecht, wenn die positiven Effekte ausschließlich der Versichertengemeinschaft zugutekommen. Das wäre etwa der Fall, wenn Leistungen der Primärprävention das Erkrankungsrisiko von chronischen Krankheiten für gesetzlich versicherte Personen senken. Im Gesetz explizit genannt sind in diesem Zusammenhang etwa Diabetes mellitus und depressive Erkrankungen. Für einen Großteil der im Gesetz spezifizierten Maßnahmen – etwa Impfungen, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Maßnahmen in den Lebenswelten der Versicherten – lassen sich jedoch die positiven Effekte nicht auf gesetzlich Versicherte beschränken. In diesen Fällen liegen positive externe Effekte vor, die in erster Linie privat versicherten Personen zugutekommen. Besonders augenfällig wird dies angesichts der Beitragsfinanzierung der nachgeordneten Bundesbehörde BZgA. Wie soll die BZgA schließlich – entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag – sicherstellen, dass ihre Aktivitäten nur gesetzlich Versicherten beziehungsweise deren Kindern in Schulen und Kindergärten zugutekommen? Sachgerecht wäre daher entweder eine verpflichtende Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung der entsprechenden Leistungen oder alternativ die Finanzierung aus Steuermitteln. Der Gesetzgeber sieht jedoch weder das eine noch das andere vor.

Die Stärkung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention ist noch aus einem zweiten Grund zu kritisieren. Art und Umfang der Leistungen schreibt der Gesetzgeber innerhalb des vorgegebenen Finanzierungsrahmens nicht detailliert vor. Die miteinander konkurrierenden gesetzlichen Krankenkassen haben damit einen starken finanziellen Anreiz, ihr Leistungsspektrum auf eine Versichertenklientel mit überdurchschnittlich gutem Gesundheitszustand auszurichten (Greß 2015). Eine solche Strategie der Risikoselektion könnte durchaus erfolgreich sein, schließlich korreliert die Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen positiv mit dem Gesundheitszustand (Jordan und von der Lippe 2012). Selbst die nicht als wettbewerbskritisch bekannte Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie bezweifelt daher in ihrer Stellungnahme zum Präventionsgesetz, ob der Wettbewerb an dieser Stelle wie gewünscht funktioniert (dggö 2015). Insofern sprächen gute Argumente dafür, die Beeinflussung des Angebotspektrums dem wettbewerblichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen zu entziehen. Dies könnte entweder durch eine evidenzbasierte Standardisierung des Leistungsspektrums oder – wie in vielen anderen europäischen Ländern auch – durch ein regional vorgehaltenes steuerfinanziertes Angebot geschehen. Im Präventionsgesetz ist weder das eine noch das andere vorgesehen.

2.4 Krankenhausstrukturgesetz – Finanzierung des Strukturfonds

Wesentlicher Bestandteil des Entwurfes für das Krankenhausstrukturgesetz ist die Einrichtung eines Strukturfonds. Dieser Fonds soll die Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser, den Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen fördern. Auch hier handelt es sich um eine grundsätzlich sinnvolle Maßnahme – insbesondere um die Konzentration und Spezialisierung in überversorgten Ballungsgebieten finanziell zu unterstützen (Klein-Hitpaß et al. 2015).

Bemerkenswert ist jedoch die vorgesehene Finanzierung des Strukturfonds. Zur Finanzierung der entsprechenden Maßnahmen sollen demnach ab 2016 bis zu 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Die beantragten Projekte werden nur bei einer entsprechenden Komplementärfinanzierung der Bundesländer finanziert. An anderer Stelle ist bereits auf zwei Konstruktionsfehler in der Finanzierung des Strukturfonds hingewiesen worden. Erstens ist eine verpflichtende Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung nicht vorgesehen. Zweitens besteht die Gefahr von Mitnahmeeffekten der Bundesländer, wenn der Finanzierungsanteil von Einrichtungsträgern auf den vom Land zu finanzierenden Anteil angerechnet werden kann. Im Extremfall könnten sich die Bundesländer damit völlig aus der Komplementärfinanzierung des Strukturfonds zurückziehen. In diesem Fall wäre der Strukturfonds dann in der Tat „nichts anderes als ein Griff der Bundesländer in den Gesundheitsfonds“ (Klein-Hitpaß et al. 2015, 19).

Die beiden oben diskutierten Konstruktionsdefizite ließen sich unter Umständen – den politischen Willen vorausgesetzt – noch im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens beheben. Schwerer wiegt aus Sicht des Autors, dass der Strukturfonds überhaupt – wahrscheinlich de facto sogar überwiegend – aus Beitragsmitteln finanziert wird. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung liegt in Deutschland bei den Bundesländern. Die durch den Strukturfonds zu finanzierenden Maßnahmen stellen jedoch ohne Zweifel eine Investitionsförderung dar. Dies wird auch aus den Formulierungen der Gesetzesbegründung mehr als deutlich. Danach soll der Strukturfonds insbesondere zum Abbau von Überkapazitäten und zu einer „Marktberäumung“ dienen. Zudem sollen Maßnahmen mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Insbesondere soll der Strukturfonds die Länder „bei dem anstehenden Umstrukturierungsprozess unterstützen“ (Deutscher Bundestag 2015 b, 44, 56).

TABELLE 2

Haushaltssanierung zu Lasten der GKV auf einen Blick

Gesetz	Maßnahme	Finanzvolumen	Zeitraum
Haushaltsbegleitgesetz	Reduzierung Bundeszuschuss	3,5 Milliarden Euro	2014
		2,5 Milliarden Euro	2015
Versorgungsstärkungsgesetz	Einführung Innovationsfonds	300 Millionen Euro pro Jahr, davon 75 Millionen Euro für Versorgungsforschung	2016 bis 2019
Präventionsgesetz	Ausweitung Finanzierung	220 bis 240 Millionen Euro pro Jahr, davon 35 Millionen Euro für die BZgA	dauerhaft ab 2016
Krankenhausstrukturgesetz	Einführung Strukturfonds	500 Millionen Euro	einmalig ab 2016

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Es steht außer Zweifel, dass die meisten Bundesländer angesichts ihrer angespannten fiskalischen Situation diese Unterstützung gut gebrauchen können. Es wäre jedoch vor dem Hintergrund der Finanzbeziehungen in einem föderalen Bundesstaat sachgerecht, dass der Bund für diese Förderung aufkommt. Die Finanzierung aus Beitragsmitteln scheint daher in erster Linie von den Konsolidierungsinteressen des Bundes und nicht so sehr von einer sachgerechten Finanzierung geprägt zu sein – zumal die Krankenkassen bei der Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds nur äußerst geringe Mitspracherechte haben. Diese beschränken sich auf eine Beteiligung bei der Auswahl der Fördermaßnahme auf Landesebene und – natürlich – die Mittelbereitstellung auf Bundesebene (Klein-Hitpaß et al. 2015).

3 Haushaltssanierung: Die Beitragszahler zahlen die Zeche

Aus den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass das Haushaltsbegleitgesetz mit der Reduzierung des Bundeszuschusses die Versichertengemeinschaft im Hinblick auf die fiskalischen Effekte am stärksten belastet hat. Allerdings hat der Bundesgesetzgeber auch in den folgenden Gesetzesvorhaben die Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler konsequent fortgeführt (vergleiche Tabelle 2). Diese Strategie ist für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht folgenlos.

Erstens führen die oben beschriebenen Gesetzgebungsschritte dazu, dass sich der Druck auf die Zusatzbeiträge erhöht. Durch die Reduzierung des Bundeszuschusses fehlten in den Jahren 2014 und 2015 beträchtliche Einnahmen. Es bleibt zudem abzuwarten, ob der Bundeszuschuss – wie im Haushaltsbegleitgesetz vorgesehen – tatsächlich im Jahr 2016 wieder auf 14 Milliarden Euro erhöht wird. Auf der Ausgabenseite müssen die Beitragszahler ab dem Jahr 2016 die zusätzlichen Kosten für den Innovationsfonds, die zusätzlichen Ausgaben im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie mindestens die Hälfte der Ausgaben für den Strukturfonds finanzieren. Gemeinsam mit der ohnehin schon steigenden Ausgabendynamik – insbesondere bei der Versorgung mit Arzneimitteln – wird diese Entwicklung dazu führen, dass die Reserven im Gesundheitsfonds und bei den gesetzlichen Krankenkassen zügig schmelzen werden. Die absehbare Erhöhung der Zusatzbeitragssätze wiederum wird die Diskussion um die Beteiligung der Arbeitgeber an den steigenden Beiträgen zurück auf die gesundheitspolitische Tagesordnung bringen.

Die schleichende Verlagerung von Finanzierungsverantwortung von Steuern zu Beiträgen hat zweitens nennenswerte distributive Konsequenzen. Grundsätzlich ist die Finanzierung aus Beitragsmitteln durch den Einkommensbezug der Beiträge zwar an die Leistungsfähigkeit der Versicherten gekoppelt. Allerdings wird das Erwerbseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ebenso wenig der Beitragspflicht unterworfen wie Einkommensarten jenseits des Einkommens aus unselbstständiger Arbeit. Außerdem werden

Beitragsmittel definitionsgemäß nicht von den Versicherten in der privaten Krankenversicherung aufgebracht.

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 auch privat versicherte Individuen sich der Steuerzahlung nicht entziehen können. Je geringer der Steueranteil an der Finanzierung von GKV-Ausgaben ist, desto geringer sind die angesprochenen korrigierenden distributiven Effekte der Steuerfinanzierung.

4 Fazit: sachgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben

Aus Sicht des Autors sprechen insbesondere die geschilderten nachteiligen Effekte für die Versichertengemeinschaft für eine sachgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Die Schwankungsbreite des Bundeszuschusses könnte – wie oben schon angesprochen – durch eine klare Regelbindung nach dem Beispiel der Niederlande reduziert werden. Dazu bedürfte es einer klaren Übereinkunft, welche Leistungen der GKV zu gesamtgesellschaftlichen Aufwendungen im engeren Sinne zählen, und der Bereitschaft zur dauerhaften Finanzierung dieser Aufwendungen aus Bundesmitteln.

Aus den bisherigen Ausführungen ist zudem hervorgegangen, dass mindestens die Finanzierung der Aufwendungen für die Versorgungsforschung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds und auch die Finanzierung der BZgA aus Beitragsmitteln nicht sachgerecht sind. Die Finanzierungsübernahme durch den Bund wäre hier mit vergleichsweise geringem bürokratischem und fiskalischem Aufwand machbar.

Schwerer wiegen die grundlegenden Konstruktionsdefizite bei der Finanzierung von Präventions- und Krankenhausleistungen.

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Präventionsgesetz die Stellung der Krankenkassen beim Angebot von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig gestärkt. Aus Sicht des Autors bestehen insbesondere wegen der möglichen Zweckentfremdung dieses Leistungsspektrums als Wettbewerbsinstrument nachdrückliche Zweifel, ob diese Konstruktion dauerhaft trägt. Eine eigentlich sachgerechte Finanzierung aus Steuermitteln und die regionale Vorhaltung von Präventionsleistungen durch kommunale Akteure sind angesichts des eingeschlagenen Wegs kurz- bis mittelfristig wenig wahrscheinlich. Die evidenzbasierte Entwicklung eines standardisierten Leistungskatalogs und die verpflichtende Finanzierungsbeteiligung der privaten Krankenversicherung sind jedoch aus Sicht des Autors auch jenseits eines grundsätzlichen Systemwechsels sowohl notwendig als auch machbar.

Auch bei der Finanzierung des Strukturfonds sind Konstruktionsdefizite bei der Finanzierung des Strukturfonds im engeren Sinne und bei der Krankenhausfinanzierung im weiteren Sinne zu unterscheiden. In erster Line sind die Bundesländer für die Finanzierung von Investitionen zuständig. Wenn der Bund der wahrscheinlich nicht völlig abwegigen Auffassung ist, dass die Länder bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben finanziell unterstützt werden müssen – dann wäre eine Finanzierung aus Bundesmitteln sachgerecht. Die immer wieder aufflammende Diskussion um den Finanzierungsanteil der Länder zeigt aber vor allem, dass die duale Krankenhausfinanzierung insgesamt wenig nachhaltig ist.

Trotz der in diesem Beitrag vorgetragenen Argumentation ist es politisch wenig wahrscheinlich, dass der Bund von seiner Strategie der Haushaltskonsolidierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft abweicht. Es ist im Gegenteil eher damit zu rechnen, dass sich diese Strategie in konjunkturell schwächeren Zeiten noch verschärft. Die finanziellen Konsequenzen tragen die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Literatur

Deutsche Bundesbank (2014): Monatsbericht März 2014. Jg. 67, Heft 3; www.bundesbank.de → Veröffentlichungen → Monatsberichte

Deutscher Bundestag (2014): Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes. Drucksache 18/1050; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/010/1801050.pdf>

Deutscher Bundestag (2015 a): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/4282 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Drucksache 18/5261; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/052/1805261.pdf>

Deutscher Bundestag (2015 b): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Drucksache 18/5372; www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_KHSG.pdf

dggö (2015): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie; http://file.dggoe.de/presse/2015-08-17-DGGOE-Stellungnahme_Praevention.pdf

GKV-Spitzenverband (2013): Faktenblatt: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen__2013-03-04.pdf

Greß S (2015): Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsökonomie: Wettbewerb. Public Health Forum, Band 23, Heft 1, 15–16

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

Greß S, Stegmüller K (2014): Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014. Drucksache 18/1050; www.bundestag.de → Dokumente → Drucksachen

Jordan S, von der Lippe E (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? GBE kompakt, Jg. 3, Heft 5; www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Gesundheitsberichterstattung

Klein-Hitpaß U, Leber W, Scheller-Kreinsen D (2015): Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser. G+G Wissenschaft, Jg. 15, Heft 3, 15–23

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 10. September 2015)

DER AUTOR



Prof. Dr. Stefan Greß,

Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss Berater für Krankenversicherungen und Promotion an der Universität Bremen. Ab 2001 Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Seit 2010 außerdem Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik, Steuerung der Primärversorgung.