

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Diana Golze, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/13657 –**

Mögliche Unsicherheiten beim gesetzlichen Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Finanzierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der darin enthaltenen Festlegung, dass künftige Kostensteigerungen in der GKV allein über Zusatzbeiträge von den Versicherten aufgebracht werden müssen, wurde gleichzeitig zur Verhinderung sozialer Härten ein Sozialausgleich eingeführt. Der Sozialausgleich soll verhindern, dass Versicherte mehr als 2 Prozent ihres Bruttolohns für Zusatzbeiträge aufbringen müssen.

Dabei werden nicht die tatsächlich gezahlten Zusatzbeiträge der Versicherten herangezogen, sondern ein so genannter durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zusammen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) aufgrund von Schätzungen des Schätzerkreises festgelegt wird. Im Schätzerkreis sind das BMG, der GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt vertreten. Der Schätzerkreis gibt eine Schätzung darüber ab, wie viel Geld die Krankenkassen im Folgejahr für Gesundheitsausgaben benötigen und daher aus dem Gesundheitsfonds erhalten, und er schätzt ebenfalls die Einnahmen, die in den Gesundheitsfonds fließen werden. Übersteigen die Ausgaben die Einnahmen des Gesundheitsfonds, muss die Differenz durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufgebracht werden. Zur Schätzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags wird diese Differenz durch die Versichertenanzahl geteilt, die nicht von Zusatzbeiträgen gesetzlich freigestellt sind, und dann auf zwölf Monate verteilt.

Damit tatsächlich gewährleistet ist, dass der mit dem Gesetz vorgegebene Schutz vor finanzieller Überforderung gesichert ist, also Zusatzbeiträge nicht mehr als 2 Prozent des Bruttoeinkommens ausmachen, ist eine genaue Berechnung und Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags notwendig. Dazu wiederum ist eine genaue Schätzung der Einnahmen sowie der Ausgaben des Gesundheitsfonds notwendig.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der beim Bundesversicherungsamt (BVA) zu bildende Schätzerkreis, der sich aus Fachleuten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des BVA und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt, hat die Aufgabe, auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Entwicklung der Einnahmen, Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder in der GKV des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über die weitere Entwicklung im jeweiligen Folgejahr zu treffen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben zieht der Schätzerkreis in einer Anhörung im Vorfeld der Schätzung regelmäßig weitere Experten und Sachverständige hinzu. Zur Prognose der Einnahmementwicklung der GKV berücksichtigt der Schätzerkreis auch aktuelle Prognosen zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Der Schätzerkreis hat sich in seiner Verfahrensordnung dazu verpflichtet, die Entwicklungen in der GKV mit größtmöglicher Genauigkeit zu prognostizieren und dort, wo unvollständige Informationen und Ungewissheiten Bewertungsspielräume eröffnen, das Vorsichtsprinzip zu beachten.

Mit diesem Verfahren ist sichergestellt, dass der Schätzerkreis das zum Zeitpunkt der Schätzung vorhandene Höchstmaß an relevanten und verwertbaren Informationen für seine Prognose der Einnahmen und Ausgaben der GKV und ihrer Bestimmungsfaktoren berücksichtigt.

Zweifel, dass auf Grund der Schätzung der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und der voraussichtlichen Ausgaben der GKV sowie der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung nicht gewährleistet ist, sind vor diesem Hintergrund nicht angebracht.

1. Wie hoch hat der Schätzerkreis in der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages maßgeblichen Schätzung die Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2011 und 2012 geschätzt, wie hoch lagen die tatsächlichen Einnahmen jeweils, und wie drücken sich die Abweichungen prozentual aus?
2. Wie hoch hat der Schätzerkreis in der Schätzung die Ausgaben der GKV und damit die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds für 2011 und 2012 geschätzt, wie hoch lagen die tatsächlichen Ausgaben jeweils, und wie drücken sich die Abweichungen prozentual aus?
3. Wie begründen sich gegebenenfalls die Fehleinschätzungen bei den Einnahmen und Ausgaben jeweils?
4. Sind solche nennenswerten Fehleinschätzungen grundsätzlich zu verhindern oder zu verringern, und sind Über- wie Unterschätzungen möglich?
5. Wie viel Prozent des Gesundheitsfonds können solche Über- und Unterschätzungen jeweils für die Einnahmen und Ausgaben betragen?
6. Können sich Fehleinschätzungen bei den Einnahmen und Ausgaben addieren, indem beispielsweise bei den Einnahmen eine Überschätzung erfolgt, während bei den Ausgaben eine Unterschätzung erfolgt?
Wie viel Prozent des Gesundheitsfonds können solche addierten geschätzten Unter- bzw. Überdeckungen jeweils betragen?

Die Fragen 1 bis 6 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die auf Basis der endgültigen Jahresrechnungsergebnisse (2011) und der vorläufigen Finanzergebnisse (2012) derzeit ermittelbaren Einnahmen des Gesundheitsfonds bzw. zuweisungsrelevanten Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen

sen (ohne landwirtschaftliche Krankenversicherung) stellen sich im Vergleich zu den jeweils im Oktober des Vorjahres erfolgten einvernehmlichen Prognosen des Schätzerkreises bei den entsprechenden Größen wie folgt dar:

für 2011	Schätzerkreis- Prognose Prognose vom 30.09.2010	tatsächliches Ergebnis lt. KJ 1 bzw. KV 45	Abweichung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in %
Einnahmen des Gesundheitsfonds (für Zuweisungen)	181 090	184 191	3 101	1,7 %
zuweisungsrelevante Ausgaben der Krankenkassen	178 946	175 164	-3 782	-2,1 %

für 2012	Schätzerkreis- Prognose Prognose vom 12.10.2011	tatsächliches Ergebnis lt. KJ 1 bzw. KV 45	Abweichung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in %
Einnahmen des Gesundheitsfonds (für Zuweisungen)	185 671	188 972	3 300	1,8 %
zuweisungsrelevante Ausgaben der Krankenkassen	185 435	180 302	-5 134	-2,8 %

Dass es sowohl auf der Einnahmenseite als auch auf der Ausgabenseite zu Abweichungen der erst nach 20 Monaten nach der Schätzung endgültig ermittelbaren tatsächlichen Werte kommt, liegt in der generellen Unsicherheit von Prognosen begründet. Auf der Einnahmenseite ist als Grund für die günstiger als erwartet verlaufene Entwicklung der Beitragseinnahmen insbesondere die überraschend positive Entwicklung am Arbeitsmarkt und bei der Lohnentwicklung zu nennen. Sie hat dazu geführt, dass sowohl die Prognosen zu den relevanten gesamtwirtschaftlichen Eckwerten der Bundesregierung als auch die Prognosen der Wirtschaftsforschungsinstitute im Rahmen der sogenannten Gemeinschaftsdiagnose in den Jahren 2011 und 2012 deutlich übertroffen wurden. Bei der Prognose der zuweisungsrelevanten Ausgaben der GKV sind die z. T. sehr heterogen verlaufenen Ausgabenentwicklungen in der Summe der mittlerweile noch 133 am Gesundheitsfonds teilnehmenden Versicherungsträger zu bewerten. Dabei sind konkrete Schätzungen der Ausgabenentwicklung im Bereich der Leistungsausgaben und Verwaltungskosten der Krankenkassen, die von einer Vielzahl von einzelnen Einflussfaktoren auf Bundes- und regionaler Ebene abhängen, auch im Vergleich zur Ausgabenentwicklung im Bereich der Renten- und Pflegeversicherung naturgemäß schwieriger. Demzufolge können auch keine konkreten quantitativen Angaben zu möglichen Schätzabweichungen auf der Einnahme- und Ausgabenseite getroffen werden.

7. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung möglich, dass durch Fehlschätzungen bei den Einnahmen und Ausgaben davon ausgegangen wird, dass ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag nicht notwendig sein wird, obwohl es sich im Nachhinein herausstellt, dass die Einnahmen die Ausgaben nicht decken konnten und eigentlich ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag notwendig gewesen wäre?
8. Wäre es denkbar, dass die Bundesregierung wegen Verschätzungen den durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf null Euro festlegt, und dennoch alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen?

Wenn dies möglich sein sollte, wie ist dann noch gesichert, dass Versicherte nicht mehr als 2 Prozent ihres Einkommens für Zusatzbeiträge aufbringen müssen?
9. Welche Folgen hat eine zu hohe Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für den Bundeshaushalt (vor allem dann, wenn keine überschüssigen Reserven im Gesundheitsfonds vorhanden sind) für die GKV und die Versicherten jeweils?
10. Welche Folgen hat eine zu niedrige Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für den Bundeshaushalt (vor allem dann, wenn keine überschüssigen Reserven im Gesundheitsfonds vorhanden sind) für die GKV und die Versicherten jeweils?

Die Fragen 7 bis 10 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Da der durchschnittliche Zusatzbeitrag aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen der Kassen zu Verfügung stehen, sowie der Zahl der von Zusatzbeiträgen potenziell betroffenen Mitglieder bis zum 1. November prospektiv für das Folgejahr endgültig ermittelt wird, kann insofern nicht von einer zu niedrigen oder zu hohen Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags gesprochen werden. Die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags erfolgt durch das BMG nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem BMF. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag, der für die Jahre 2011 und 2012 jeweils mit 0 Euro bekanntgegeben wurde, ist endgültig und bedarf keiner Korrektur.

Sowohl für die Einnahmen- als auch für die Ausgabenschätzung gilt das Vorsichtsprinzip. Die Einnahmenentwicklung wird im Fall von Unsicherheiten eher niedriger, die Ausgabenentwicklung eher höher angesetzt. Das Risiko einer Unterschätzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages ist damit äußerst gering.

Die vor Beginn eines Haushaltsjahres erfolgende Festlegung eines durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach Auswertung der Prognosen des Schätzerkreises ist eine entscheidende Voraussetzung für die mit dieser Festlegung erfolgende gleichzeitige Durchführung eines Sozialausgleichs in diesem Haushaltsjahr. Dabei wird ausdrücklich der durchschnittliche Zusatzbeitrag, nicht jedoch der Zusatzbeitrag der einzelnen Krankenkassen als Bezugsbasis für die Ermittlung der Belastungsobergrenzen der Versicherten herangezogen. Die Frage, ob einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen oder eine Prämie auszahlen können, hängt hingegen von dem kassenindividuellen Verhältnis ihrer Einnahmen und Ausgaben sowie von der Höhe der jeweils vorhandenen Finanzreserven ab. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

11. Gibt es Vorgaben, unter welchen Bedingungen die Bundesministerien BMG und BMF von den Schätzungen des Schätzerkreises abweichen dürfen?

Welche Gründe wären denkbar, warum die Bundesministerien von den Ergebnissen des Schätzerkreises abweichen würden?

Das BMG stellt im Einvernehmen mit dem BMF die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach Auswertung der Prognosen des Schätzerkreises fest. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass diese Festlegung somit nicht Aufgabe des Schätzerkreises ist. Sollten sich beispielsweise erst im Zeitraum zwischen den Schätzerkreis-Ergebnissen (in der Regel Anfang bis Mitte Oktober) und der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zum 1. November gravierende finanzrelevante einnahmen- oder ausgabenrelevante Entwicklungen aufzeigen, so sind diese bei der Festlegung ergänzend zu berücksichtigen.

12. Wäre es denkbar, dass in Zeiten eines vollen Gesundheitsfonds und höherer zu erwartender Einnahmen als Ausgaben aus dem Fonds eine Bundesregierung das Interesse haben könnte, die Ausgaben der Krankenkassen eher zu hoch anzusetzen?

Die Schätzung der voraussichtlichen Ausgaben obliegt dem aus Fachleuten von BMG, BVA und GKV-Spitzenverband bestehenden Schätzerkreis. Der Schätzerkreis ist entsprechend seiner Verfahrensgrundsätze dem Ziel verpflichtet, die Entwicklungen in der GKV mit größtmöglicher Genauigkeit zu prognostizieren.

13. Wäre es denkbar, dass in Zeiten eines leeren Gesundheitsfonds, bei Erwartung von höheren Ausgaben als Einnahmen und angesichts von Bestrebungen, einen ausgeglichenen Bundeshaushalt zu erreichen, die Ausgaben der Krankenkassen durch die Bundesministerien eher zu niedrig angesetzt werden könnten und damit ebenfalls der durchschnittliche Zusatzbeitrag?

Die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags erfolgt nach fachlicher Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

14. Gab es in der laufenden Legislaturperiode parlamentarische Initiativen, die aufgrund ihrer Wirkungen auf die Ausgaben der GKV und der damit einhergehenden Auswirkungen auf die Aufwendungen aus dem Bundeshaushalt für den Sozialausgleich vom BMF beanstandet wurden oder nach Kenntnis der Bundesregierung im mitberatenden Finanzausschuss abgelehnt wurden?

Wenn ja, um welche Initiativen handelt es sich?

Gesetzentwürfe der Bundesregierung werden vom Bundeskabinett nach Abstimmung und mit Zustimmung der fachlich betroffenen Bundesministerien beschlossen.

15. Ist es beabsichtigt oder akzeptiert, dass Versicherte, die in einer Krankenkasse eine besondere Versorgung für ihre Erkrankung erhalten (spezielle Disease Management Programme – DMP – oder integrierte Versorgungsprogramme), unter Umständen zu einer Krankenkasse wechseln müssen, die sie schlechter versorgt, um finanzieller Überforderung zu entgehen, obwohl diese Kasse sie eventuell schlechter versorgt?

Durch den flankierenden Sozialausgleich wird die Belastung aus der Erhebung von Zusatzbeiträgen auf zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt und so sichergestellt, dass niemand finanziell überfordert wird. Alle Mitglieder haben somit die Wahlfreiheit, sich trotz der Erhebung eines Zusatzbeitrags bewusst für einen Verbleib bei dieser Krankenkasse zu entscheiden, weil sie mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis dieser Krankenkasse zufrieden sind.

Eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten von Versicherten in besonderen Versorgungsformen wird nicht gesehen.

16. Ist es beabsichtigt, dass jüngere und gesündere Versicherte im Durchschnitt geringere Krankenversicherungsbeiträge (bei Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen und Prämien) in der GKV bezahlen als ältere und kränkere Versicherte, weil sie schneller zu einer günstigeren Krankenkasse wechseln (siehe z. B. Süddeutsche Zeitung vom 31. März 2010 oder www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.teaching.ws/MiG_1/2012.11.21__RB__GKV2_Finanzierung.pdf, S. 23)?

Was unternimmt die Bundesregierung, um diese Entwicklung zu verhindern?

Aufgrund des Kontrahierungszwanges ist ein Krankenkassenwechsel grundsätzlich allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen möglich. Grundsätzlich steht daher jedem Versicherten die Möglichkeit offen, Preis und Leistung der Krankenkassen zu vergleichen und die Krankenkasse mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis zu wählen.

