

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten René Springer, Jürgen Pohl, Ulrike Schielke-Ziesing, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 20/10575 –

Finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen

Vorbemerkung der Fragesteller

Zum Jahresbeginn 2024 stieg der Zusatzbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Durchschnitt von 1,6 auf 1,7 Prozent. Noch im Jahr 2020 hatte er 1,0 Prozent betragen. Die AOK Plus hat den Zusatzbeitrag auf 1,8 Prozent erhöht, die AOK Nordost sogar auf 2,7 Prozent (www.mdr.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/aok-erhoeht-zusatzbeitrag-krankenkassen-gesetzliche-100.html; www.aok.de/pp/nordost/pm/beitragsanpassung-unvermeidbar/#:~:text=P%C3%BCr%20die%20AOK%20Nordost%20anzupassen,von%20insgesamt%202%2C7%20Prozent). Der gesamte Beitragssatz zur Krankenversicherung klettert dadurch 2024 auf 16,3 Prozent (www.krankenkasseninfo.de/ratgeber/nachrichten/ueber-1000-euro-fuer-krankenversicherung-und-pflege-ab-2024-61735.html). Hinzu kommen Pflegebeiträge von bis zu 4 Prozent für Versicherte ohne Kinder. Weiterhin steigt die Beitragsbemessungsgrenze zum Jahreswechsel 2024 von derzeit 4 987,50 Euro auf 5 175 Euro. Dementsprechend steigt der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung. Selbstständige und andere freiwillig Versicherte, die den vollen Beitrag allein aufbringen müssen, zahlen unter Umständen ab 2024 mehr als 1 000 Euro monatlich an ihre Krankenkasse und Pflegeversicherung. Auch die Leistungsausgaben der GKV steigen stetig an. Im Jahr 2022 betragen die Leistungsausgaben der GKV nur in der medizinischen Versorgung pro Versicherten 3 724,42 Euro (de.statista.com/statistik/daten/studie/2907/umfrage/gesetzliche-krankenversicherung-entwicklung-leistungsausgaben/).

Die Krankenkassen sehen einen wesentlichen Grund für die Beitragserhöhungen in den unzureichenden Bemühungen des Bundesministers für Gesundheit Dr. Karl Lauterbach. Zum einen komme die Bundesregierung ihrem eigenen Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP nicht nach, wonach sie mehr öffentliches Geld ins System stecken wollte. Zum anderen achte sie zu wenig auf die Ausgaben im Gesundheitswesen, kritisierte der Verwaltungsrat des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin (Frankfurter Allgemeine Zeitung [FAZ] vom 18. Januar 2024, S. 17: „Die Krankenkassen wettern gegen Lauterbachs Finanzpläne“). Nach Vorstellungen der GKV solle die Bundesregierung wie beschlossen, die Kassenbeiträge für Bürgergeldempfänger kostendeckend tragen, dadurch würden 10 Mrd. Euro im Jahr frei. Auch müsse der Bundeszuschuss steigen. Sonst lasse sich die Beitragsspirale nicht durchbrechen: „Die Subventionierung des

Bundeshaushalts durch die Beitragszahlenden müsse endlich ein Ende haben“ (FAZ vom 18. Januar 2024, S. 17: „Die Krankenkassen wettern gegen Lauterbachs Finanzpläne“). Im Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung festgeschrieben, „höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II [ALG II; Anm. d. Verf.: jetzt Bürgergeld] aus Steuermitteln“ zu finanzieren (www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/93bd8d9b17717c351633635f9d7fba09/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1).

Hatte der Bund 2014 noch 142,13 Euro für jeden Arbeitslosengeld-II- (jetzt Bürgergeld-)Empfänger pro Monat gezahlt, waren es 2022 nur noch 108,48 Euro (Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Sabine Dittmar auf die Schriftliche Frage 42 der Abgeordneten Gerrit Huy auf Bundestagsdrucksache 20/1579). Bei gleichzeitig steigenden Ausgaben der GKV für medizinische Leistungen pro Versicherten hat der Bund das Geld, das er für die Behandlung von Bürgergeldempfängern (früher ALG-II-Empfänger) zahlt, erheblich gekürzt.

Nach Berechnungen des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung Halle (IWH) zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben dürften in den kommenden Jahren und Jahrzehnten weitere Beitragssatzanhebungen oder zusätzliche Steuerzuschüsse an die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich sein, weil der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben höher ausfällt als der Zuwachs des nominalen Bruttoinlandsprodukts (www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2023/heft/6/beitrag/entwicklung-der-oeffentlichen-gesundheitsausgaben.html). Abwendbar ist dieses Szenario nur durch Einsparungen im Gesundheitssystem.

Dazu stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits 2018 fest, dass erhebliche Steuerungsdefizite in der GKV in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung bestehen. Diese betreffen nicht nur die Angebotsstrukturen des Gesundheitssystems, sondern auch deren Inanspruchnahme durch die Patienten (www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, S. 761, Nummer 1298). Gernot Kiefer, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender beim GKV-Spitzenverband stellte dazu im November 2023 fest: „Jedes Jahr gehen durch Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen hohe Millionenbeträge verloren – Geld, das in dunklen Kanälen versickert, statt sinnvoll in der medizinischen Versorgung eingesetzt werden zu können. Es ist daher in unser aller Interesse, noch effektiver gegen Betrug und Korruption vorzugehen. Dafür brauchen wir endlich eine Dunkelfeldstudie als Grundlage für ein evidenzbasiertes, wirksames Konzept zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ (www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1713792.jsp). Für die Jahre 2020 und 2021 stellte der Bericht der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der GKV fest, dass, obwohl während der Corona-Pandemie nicht in der bisherigen Intensität geprüft werden konnte, der ermittelbare entstandene Schaden für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung rund 132 Mio. Euro betrage (www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1586113.jsp).

1. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung, neben dem demografischen Wandel und den sich dadurch verändernden Morbiditätsstrukturen, die wesentlichen Ursachen für den Beitragsanstieg in der GKV?
2. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung, neben dem demografischen Wandel und den sich dadurch verändernden Morbiditätsstrukturen, die wesentlichen Ursachen für den mehr als verdoppelten Anstieg der Ausgaben in der GKV seit dem Jahr 2000 (vgl. www.iwd.de/artikel/ausgabenanstieg-der-gkv-bremsen-608738/)?

Die Fragen 1 bis 2 werden gemeinsam beantwortet.

Der Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen ist auf eine Vielzahl von Faktoren neben dem demografischen Wandel zurückzuführen. Einer der wichtigsten Faktoren ist der medizinisch-technische Fortschritt, der dazu führt, dass bisher unbehandelbare Leiden durch innovative, komplexe und oftmals kostenintensive Behandlungsmethoden behandelt werden können. Auch Anpassungen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie veränderte Muster der Inanspruchnahme von Leistungen können zu einer Veränderung der Ausgabendynamik beitragen. Hinzu kommen reguläre Anpassungen der Vergütung der Leistungserbringer, welche in wichtigen Leistungsbereichen der GKV an die Entwicklung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder gekoppelt waren bzw. zum Teil noch sind. Auch die Zahl der Versicherten, die in der GKV leistungsberechtigt sind, hat einen Einfluss auf die Leistungsmengen und damit das Ausgabenniveau in der GKV. Im Zeitraum 2010 bis 2022 lagen sowohl die durchschnittliche jährliche Veränderung der Mitglieder- und Versichertenzahlen als auch die durchschnittliche jährliche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied wesentlich höher als im Zeitraum 2000 bis 2009, was ein maßgeblicher Grund für die gesteigerte Ausgabendynamik darstellt. Dabei ist die GKV nicht losgelöst von der wirtschaftlichen Entwicklung zu sehen. So lag auch das Wachstum des nominalen Bruttoinlandsprodukts im selben Zeitraum wesentlich höher als im Vergleichszeitraum.

3. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2020 die Zahl der Beitragszahler in der GKV und die Zahl der Versicherten in der GKV entwickelt, und wie schätzt die Bundesregierung die zukünftige Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen bis 2030 ein (bitte jährlich auflisten)?

Die Zahl der Mitglieder der GKV ist zwischen den Jahren 2023 und 2020 um rund 1,04 Millionen bzw. um 1,82 Prozent gestiegen. Die Zahl der Versicherten wuchs im selben Zeitraum um rund 980 Tausend Versicherte (+1,34 Prozent). Eine Prognose der beitragspflichtigen Einnahmen in der mittleren Frist ist naturgemäß mit großer Unsicherheit behaftet: Die Entwicklung der Löhne und Gehälter sowie der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist von verschiedenen Parametern wie beispielsweise der Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung, des Arbeitsmarktes, der Erwerbsbeteiligung, der Inflation sowie der Zu- und Abwanderung beeinflusst, die kaum valide vorherzusagen sind. Grundsätzlich ist vor dem Hintergrund der demographischen Alterung jedoch mittel- bis langfristig davon auszugehen, dass die Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen geringer ausfallen werden als bei den Ausgaben. Dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung angesiedelten GKV-Schätzerkreis fällt gemäß § 220 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die gesetzliche Aufgabe zu, bis Mitte Oktober jeden Jahres die Einnahmen und Ausgaben der GKV für das laufende und kommende Jahr zu prognostizieren.

4. Liegen dem Bundesamt für Soziale Sicherung Erkenntnisse zum jüngsten Beitragsanstieg der bundesunmittelbaren Krankenkassen vor, insbesondere zu den besonders hohen Zusatzbeiträgen der AOK Nordost, wenn ja, inwieweit, und welche Schlussfolgerungen werden seitens der Bundesregierung ggf. daraus gezogen, und wenn nein, warum nicht?

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der GKV nach § 242a SGB V ist im Jahr 2024 um 0,1 Prozentpunkte auf 1,7 Prozent gestiegen. Der Grund hierfür ist, dass für das Jahr 2024 erwartet wird, dass die Ausgaben der Krankenkassen stärker steigen werden als die Einnahmen des Gesundheitsfonds. Details zu den

Grundlagen, auf denen die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes basiert, können dem Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und der Ausgaben der GKV entnommen werden (abrufbar im Internet unter www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostruktur_2023/20231110_SK_2023_Abschlussbericht.pdf). Die Festlegung der einzelnen Zusatzbeitragssätze erfolgt bei jeder Krankenkasse individuell auf der Grundlage ihrer jeweiligen Haushaltsplanung. Gemäß § 242 SGB V hat jede Krankenkasse ihren Zusatzbeitragssatz so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken. Ob bzw. in welchem Ausmaß die Beiträge erhöht werden müssen, ergibt sich somit aus den bei der jeweiligen Krankenkasse bestehenden Verhältnissen und Planungen in Bezug auf Einnahmen, Ausgaben und Rücklagen. Auf der Grundlage ihrer Haushaltsplanungen haben 28 von 58 bundesunmittelbaren Krankenkassen zum 1. Januar 2024 ihren Zusatzbeitragssatz erhöht. Die Gründe sind wie beschrieben individuell unterschiedlich. Zu den in der Frage konkret benannten landesunmittelbaren Krankenkassen liegen dem Bundesamt für Soziale Sicherung keine Erkenntnisse vor, da diese nicht seiner Aufsicht unterstehen.

5. Liegen dem Bundesamt für Soziale Sicherung Erkenntnisse zu einem Leistungsmissbrauch zu Lasten der bundesunmittelbaren GKV vor?
 - a) Wenn ja, wie viele Fälle sind seit 2019 bekannt (bitte jährlich auflisten)?
 - b) Welche Versorgungsbereiche waren nach Kenntnis der Bundesregierung besonders betroffen?
 - c) Wenn ja, welche durchschnittliche Schadenshöhe pro Jahr haben die bekannten Einzelfälle nach Kenntnis der Bundesregierung?
 - d) Wenn ja, gab es Fälle mit einem Auslandsbezug, und wie viele Fälle waren dies gegebenenfalls?
 - e) Wenn ja, welcher Schaden zu Lasten der bundesunmittelbaren GKV ist nach Kenntnis der Bundesregierung insgesamt pro Jahr entstanden?

Die Fragen 5 bis 5e werden gemeinsam beantwortet.

Dem Bundesamt für Soziale Sicherung liegen keine eigenen Erkenntnisse sowie Statistiken aus aufsichtsrechtlichen Prüfungen zu einem möglichen Leistungsmissbrauch zu Lasten der bundesunmittelbaren Krankenkassen vor. Sofern allerdings im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfungen der Verdacht eines Leistungsmissbrauches besteht, äußert das Bundesamt für Soziale Sicherung diesen gegenüber den Krankenkassen.

Im Ergebnis kann ein Verdacht auf Leistungsmissbrauch aufgrund fehlender Beweise seitens des Bundesamtes für Soziale Sicherung nur in Einzelfällen bestätigt werden.

Darüber hinaus haben die Kranken- und Pflegekassen selbst, ihre Verbände und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) seit dem 1. Januar 2004 „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ einzurichten, die Fällen und Sachverhalten nachgehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten (§ 197a SGB V, § 47a des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI).

Der Vorstand der Krankenkassen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu berichten. Diese Berichte werden auch der Aufsichtsbehörde zugeleitet (§ 197a Absatz 5 SGB V) und beinhalten u. a. zusammengefasst die Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbräuche. Das Bundesamt für Soziale Sicherung überprüft aus der Sicht des Selbstverwaltungsrechts, ob entsprechende Berichte durch die Vorstände erstellt wurden und ob diese die Kriterien des GKV-Spitzenverbandes erfüllen (s. a. Nähere Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a Absatz 6 SGB V, § 47a SGB XI). Für den Berichtszeitraum 2020/2021 sind alle bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger ihrer Verpflichtung zur Übersendung der Berichte nach § 197a SGB V nachgekommen.

Darüber hinaus ist gesetzlich geregelt, dass der GKV-Spitzenverband die Berichte nach Absatz 5, die ihm von seinen Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammenführt, die Ergebnisse mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abgleicht und seinen eigenen Bericht im Internet veröffentlicht (§ 197a Absatz 6 Satz 3 SGB V). Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes über den Zeitraum 2020/2021 ist im Internet abrufbar (unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/fehlverhalten/Bericht_Fehlverhalten_2020-2021_bf_12.pdf).

Auf die Antwort zu Frage 19 wird ergänzend verwiesen.

6. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse darüber vor, bei welchen Krankenkassen die ukrainischen Flüchtlinge und anerkannten Asylbewerber nach dem Rechtskreiswechsel in den Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) im Rahmen des Bürgergeldbezugs typischerweise versichert sind (wenn ja, bitte ausführen), und wenn nein, warum nicht?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor, da in den relevanten amtlichen Erhebungen keine gesonderte statistische Erfassung der Nationalität (Neu-)Versicherter in Verbindung mit dem Aufenthaltsgrund getrennt erfolgt. Grundsätzlich haben Versicherte auch bei Bezug von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ein freies Krankenkassenwahlrecht. Dies gilt auch für Geflüchtete aus der Ukraine.

7. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über einen Zusammenhang zwischen der Zahlung von Beiträgen für Hilfebedürftige in einer gesetzlichen Krankenversicherung und zu den erheblich gestiegenen Zusatzbeiträgen, insbesondere bei der AOK Nordost, vor (bitte ausführen), und wenn nein, warum nicht?

Grundsätzlich werden die Einnahmen der GKV im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach der Bündelung im Gesundheitsfonds den einzelnen Krankenkassen basierend auf der Versichertenstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht und Krankheitslast sowie im Hinblick auf regionale Besonderheiten in der Leistungserbringung bzw. -inanspruchnahme zur Deckung der kassenspezifischen Ausgaben zugewiesen. Im Rahmen des Einkommensausgleichs hinsichtlich der erhobenen Zusatzbeitragssätze werden zudem kassenindividuelle Unterschiede in der Einkommensstruktur der Mitglieder ausgeglichen. Dementsprechend besteht kein Zusammenhang zwischen den mitgliederbezogenen oder gruppenbezogenen Beitragseinnahmen einer Krankenkasse (welche zur anschließenden Zuweisung an den Gesundheitsfonds abgeführt

werden) einerseits und den durch diese Krankenkasse erhobenen Zusatzbeitragsätzen andererseits.

8. Für wie viele Hilfebedürftige wurde ab 2019 der pauschale Beitrag des Bundes an die gesetzlichen Krankenversicherungen gezahlt, an welche gesetzlichen Krankenkassen, und wie hoch war der jährliche Gesamtbeitrag von 2019 bis 2023?
9. Für wie viele Hilfebedürftige wurde 2022 und 2023 der pauschale Beitrag des Bundes für Bürgergeldbezieher an die AOK Nordost gezahlt?
10. Für wie viele Hilfebedürftige hat der Bund den pauschalen Beitrag für Bürgergeldbezieher in den Jahren 2022 und 2023 an die jeweiligen AOK in den einzelnen Bundesländern gezahlt?

Die Fragen 8 bis 10 werden gemeinsam beantwortet.

Die Zahlung der Beiträge zur GKV für Bürgergeldbeziehende erfolgt monatlich von den Jobcentern direkt an den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend ihrer Versichertenstruktur nach dem Risikostrukturausgleich, nicht für bestimmte Mitgliedergruppen.

Auf Ebene der gesamten GKV lässt sich die Anzahl der Bürgergeld-Beziehenden, für die der Bund die Beitragspauschalen an die GKV finanziert, aus der Division der Einnahmen des Gesundheitsfonds aus den Beitragspauschalen für versicherte Bürgergeld-Beziehende und der Höhe der Beitragspauschalen pro Person rechnerisch ermitteln. Diese sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

	2019	2020	2021	2022	2023*
GKV-Beitragseinnahmen für Bürgergeld-Beziehende (inklusive Zusatzbeiträge, in Mio. Euro)	4 771	4 875	5 005	4 926	5 450
Anzahl der Bürgergeld-Beziehenden, für die der Bund Beitragspauschalen an die GKV leistet (Jahresdurchschnitt in Tausend)	3 949	3 947	3 850	3 770	4 003

Quelle: Amtl. Statistik der GKV – endgültige Rechnungsergebnisse (KJ1) 2019 bis 2022, vorläufige Rechnungsergebnisse (KV45) 2023, * vorläufig

11. War der pauschale Beitrag des Bundes für Bürgergeldbezieher in Höhe von 108,48 Euro im Jahr 2022 nach Kenntnis der Bundesregierung bezogen auf die Ausgaben der GKV 2022 pro Person und Monat kostendeckend (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wenn nein, warum wurde kein kostendeckender Pauschalbeitrag gezahlt?

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden in den amtlichen Statistiken grundsätzlich nicht auf der Ebene von Mitgliedergruppen erfasst, sondern nach der Art der Leistung oder Gruppen von Leistungserbringern differenziert. Entsprechend lassen sich aus den amtlichen Statistiken keine kostendeckenden Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld ermitteln.

Im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP ist vereinbart, den Bundeszuschuss zur GKV regelhaft zu dynamisieren und höhere Beiträge für Beziehende von Bürgergeld zu finanzieren. Angesichts der angespannten Haushaltslage des Bundes und der Vorgaben der Schuldenbremse konnten diese Maßnahmen jedoch bisher nicht umgesetzt werden.

12. Wie hoch war der Pauschalbeitrag des Bundes für Bürgergeldbezieher an die GKV pro Person im Jahr 2023, und war dieser Beitrag nach Kenntnis der Bundesregierung bezogen auf die Ausgaben der GKV 2023 pro Person kostendeckend, und wenn nein, warum wurde kein kostendeckender Pauschalbeitrag gezahlt?

Im Jahr 2023 betrug die Pauschale des Bundes für Bürgergeldbeziehende an die GKV 114,13 Euro pro Person und Monat. Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

13. Wie hoch wird nach Einschätzung der Bundesregierung im Jahr 2024 der Pauschalbeitrag des Bundes für Bürgergeldbezieher an die GKV pro Person und Monat sein, und wird dieser nach Einschätzung der Bundesregierung kostendeckend sein?

Im Jahr 2024 beträgt die Pauschale des Bundes für Bürgergeldbeziehende an die GKV 119,60 Euro pro Person und Monat. Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

14. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse dazu vor, inwieweit der Verzicht auf die Vorrangprüfung der Familienversicherung für Bürgergeldbezieher und die Umstellung auf Pro-Kopf-Beträge seit 2016 im Rahmen der Zahlung des Pauschalbeitrages des Bundes zu einer Kostenentlastung bei der GKV geführt hat (bitte jährlich auflisten)?
 - a) Wenn nein, warum nicht?
 - b) Wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung ggf. im Hinblick auf die Verbesserung personenbezogener Leistungen an die GKV im Bürgergeldbezug (bitte begründen)?

Die Fragen 14 bis 14b werden gemeinsam beantwortet.

Die gesetzlichen Änderungen im Beitrags- und Mitgliedschaftsrecht der GKV für Beziehende von Arbeitslosengeld II und deren Familienangehörige im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133), die zum 1. Januar 2016 in Kraft traten, hatten insbesondere die Verminderung von bürokratischem Aufwand bei Jobcentern und Krankenkassen zum Ziel. Das bis dahin individuell ausgestaltete und mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbundene Beitragsrecht wurde grundlegend vereinfacht. Der Beitrag wird seitdem nach gesetzlichen Vorgaben als Monatspauschale berechnet, die bei mindestens einem Bezugstag pro Monat und unabhängig von weiteren Einkünften des Betroffenen zu entrichten ist; eine Familienversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Alg II) bzw. Bürgergeld besteht seit dem 1. Januar 2016 bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II nicht mehr.

Diese gesetzliche Umstellung wurde finanzneutral für den Bund und die GKV umgesetzt. Einer höheren Zahl an versicherungs- und beitragspflichtigen Mitgliedern, deren Beitrag vom Bund getragen wird, stand eine reduzierte Beitragspauschale pro Kopf gegenüber, so dass die absoluten Beitragseinnahmen der GKV aus dem Bezug von Arbeitslosengeld II nahezu unverändert blieben.

15. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über die Gesamthöhe der durch die GKV erbrachten nichtmedizinischen Leistungen (versicherungsfremde Leistungen) und deren Entwicklung pro versicherte Person und Jahr seit 2010 vor (wenn ja, bitte nach Jahr und Leistungsbereich auflisten), und wenn nein, warum nicht?
16. Wie hoch waren in den Jahren von 2010 bis 2023 nach Kenntnis der Bundesregierung die versicherungsfremden Leistungen sowie die nicht beitragsgedeckten Leistungen?

Die Fragen 15 und 16 werden gemeinsam beantwortet.

Es existiert keine gesetzliche Definition der versicherungsfremden Leistungen, die von der GKV erbracht werden, die als Grundlage zur Ermittlung der entsprechenden Aufwendungen herangezogen werden könnte. Gemäß § 221 SGB V leistet der Bund eine pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, deren Höhe aktuell bei jährlich 14,5 Mrd. Euro liegt.

17. Könnte nach Einschätzung der Bundesregierung eine kostentransparente Gesundheitsversorgung durch die GKV das Risiko eines Leistungsmissbrauchs reduzieren?
 - a) Wenn nein, warum nicht?
 - b) Wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Umsetzung einer kostentransparenten Gesundheitsversorgung?

Die Fragen 17 bis 17b werden gemeinsam beantwortet.

Bereits nach geltendem Recht haben nach § 2 Absatz 4 SGB V Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 22 verwiesen.

18. Ist der Bundesregierung die Aussage des GKV-Spitzenverbandes zur dringenden Veranlassung einer bereits 2022 durch die Justizministerkonferenz beschlossenen Dunkelfeldstudie zum Fehlverhalten im deutschen Gesundheitswesen (vgl. www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1586113.jsp) bekannt, und wenn ja, hat sie sich dazu eine Positionierung erarbeitet (bitte diese ggf. angeben), und wenn nein, warum nicht?

Der Bundesregierung ist die Aussage des GKV-Spitzenverbandes bekannt. Eine konkretere Bezifferung des Ausmaßes von Fehlverhalten durch eine kriminologische Dunkelfeldstudie führt aus Sicht der Bundesregierung jedoch nicht automatisch dazu, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen verhindert werden kann oder die Kranken- und Pflegekassen den entstehenden Schaden und entsprechende Regressansprüche auch erfolgreich geltend machen können. Die Bundesregierung verfolgt daher den aktiven Ansatz der Lenkung der vorhandenen Ressourcen in Richtung Effektivierungsmaßnahmen der Fehlverhaltensbekämpfung. Entsprechende gesetzliche Maßnahmen sind kurzfristig zu erwarten. So soll zum Beispiel den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen die Möglichkeit eröffnet werden, mit modernen Datenverarbeitungsmethoden, insbesondere mit KI-gestützter Verarbeitung, kassenübergreifend zusammengeführte Datenbestände nach Sachverhalten und Mustern zu analysieren, die auf Fehlverhalten hindeuten. Der Gesetzgebungsprozess bleibt in der Folge jedoch ebenso abzuwarten wie ein angemessener Zeitraum zur Umsetzung, Anwendung und Analyse der Wirksamkeit der Maßnahmen. Die aus diesen gesetzlichen Änderun-

gen resultierenden Effektivierungseffekte sollten dann in einer zu einem späteren Zeitpunkt in Auftrag zu gebenden Dunkelfeldstudie berücksichtigt werden. Würde man eine solche Studie aktuell in Auftrag geben, wäre diese zum Zeitpunkt der Vorlage der Ergebnisse bereits veraltet und damit nicht aussagekräftig.

19. Sind der Bundesregierung seit dem Jahr 2019 Fälle von Leistungs- und/oder Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen zu Lasten der GKV bekannt?
 - a) Wenn ja, wie viele (bitte jährlich auflisten)?
 - b) Wenn ja, wie viele Fälle wurden jährlich angezeigt?
 - c) Wenn ja, welche Versorgungsbereiche waren besonders betroffen?
 - d) Wenn ja, wie viele Fälle hatten einen Auslandsbezug?
 - e) Wenn ja, welche jeweilige durchschnittliche Schadenshöhe haben die bekannten Fälle?
 - f) Wenn ja, welcher Schaden zu Lasten der GKV ist insgesamt entstanden (bitte jährlich auflisten)?

Die Fragen 19 bis 19f werden gemeinsam beantwortet.

Der GKV-Spitzenverband informiert auf seiner Internetseite alle zwei Jahre über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (vgl. § 197a Absatz 5 und 6 SGB V). Zuletzt wurde der Bericht für den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2021 erstellt. Die Ergebnisse aller Fehlverhaltensbekämpfungsstellen im Berichtszeitraum weisen folgende Zahlen aus:

Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der gesetzlichen Krankenversicherung ein geschätzter Schaden in Höhe von etwa 132 Mio. Euro entstanden (Jahre 2018/2019: 186 Mio. Euro).

Die Höhe der gesicherten Forderungen bewegt sich im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum mit rund 59,6 Mio. Euro auf hohem Niveau (Jahre 2018/2019: 62 Mio. Euro).

Die Anzahl der verfolgten Neufälle ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum der Jahre 2018/2019 um rund 17 Prozent gesunken. Diese Entwicklung korrespondiert mit einem gleichzeitigen Rückgang der eingegangenen Hinweise um etwa 6,5 Prozent.

Die höchsten Schäden sind im Bereich der häuslichen Krankenpflege entstanden (ca. 29,6 Mio.), gefolgt von den Bereichen Arznei- und Verbandmittel (ca. 26,9 Mio. Euro) und Krankenhausbehandlung (ca. 14,9 Mio. Euro).

Im Berichtszeitraum der Jahre 2018/2019 waren die höchsten Schäden im Bereich der Arznei- und Verbandmittel (ca. 64,8 Mio. Euro) zu verzeichnen, gefolgt von dem Bereich der häuslichen Krankenpflege (ca. 41,5 Mio.) und dem Bereich ärztliche Leistungen (ca. 23,6 Mio. Euro).

Fälle mit Auslandsbezug sind in dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes ebenso wenig ausgewiesen wie eine durchschnittliche Schadenshöhe.

Für detailliertere Angaben und Erläuterungen wird auf den Bericht des GKV-Spitzenverbandes selbst verwiesen.

Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes für die Jahre 2022 und 2023 wird gegen Ende dieses Jahres erwartet.

20. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse zur Dunkelfeldziffer im Bereich des kriminellen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen vor?
- Wenn ja, welche?
 - Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 20 bis 20b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen gegenwärtig keine konkreten Kenntnisse zur Dunkelfeldziffer im Bereich des kriminellen Fehlverhaltens im deutschen Gesundheitswesen vor. Auf die Antwort zu Frage 18 wird wegen des Sachzusammenhangs verwiesen.

21. Lassen sich nach Einschätzung der Bundesregierung Kostensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung durch ein stärkeres Kostenbewusstsein der gesetzlich Versicherten vermeiden (bitte begründen)?

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach § 1 Satz 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Dazu stellen die Krankenkassen ihren Versicherten die erforderlichen Leistungen zur Verfügung. Die Leistungen müssen nach § 12 Absatz 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Daneben haben die Versicherten nach geltendem Recht (§ 2 Absatz 4 SGB V) darauf zu achten, dass die Leistungen nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2004 mit der Einführung der sogenannten Patientenquittung und der Versicherteninformation die Grundlagen für eine umfassende Kosten und Leistungstransparenz geschaffen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass Kostensteigerungen der GKV vor allem durch den medizinischen Fortschritt und Innovationen verursacht werden.

22. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse dazu vor, inwiefern eine automatische Patientenquittung oder die Zusendung einer automatischen Versicherten Auskunft durch die GKV zur Kostensenkung im Gesundheitswesen und zur Vermeidung von Leistungs- und/oder Abrechnungsmisbrauch beigetragen hat?
- Wenn ja, plant die Bundesregierung ggf. Maßnahmen, um die Kosten im Gesundheitswesen abzusenken und Leistungs- und/oder Abrechnungsmisbrauch auszuschließen, und welche sind dies ggf.?
 - Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 22 bis 22b werden gemeinsam beantwortet.

Mit der von der Bundesregierung vorgesehenen flächendeckenden Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) kann unter Versicherten zukünftig mehr Transparenz und Bewusstsein für zu Lasten der GKV in Anspruch genommene Leistungen und deren Kosten geschaffen werden.

Die Krankenkassen werden mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) verpflichtet, Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen in der ePA zu speichern, soweit die oder der Versicherte dem nicht widerspricht. So können interessierte Patientinnen und Patienten künftig über die ePA-App nachvollziehen, welche Leistungen von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten erbracht und abgerechnet wurden. Einer gesonderten Antragstellung bei der jeweiligen Krankenkasse bedarf es hierfür nicht mehr. Zudem sind die Krankenkassen auf Verlangen ihrer Versicherten verpflichtet, Diagnosedaten in der ePA, die durch die je-

weilige Krankenkasse übermittelt wurden und deren Unrichtigkeit durch einen ärztlichen Nachweis bestätigt wurde, in berichteter Form in der ePA der oder des Versicherten zu speichern.

23. Plant die Bundesregierung für 2024 und 2025 konkrete Maßnahmen zur Senkung der Ausgaben im Gesundheitswesen, und wenn ja, welche?

Zu Beginn der Legislaturperiode war die Bundesregierung mit einem hohen absehbaren Defizit in der GKV für das Jahr 2023 konfrontiert. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990), welches zu Jahresbeginn 2023 in Kraft trat, ist es gelungen, die Finanzsituation der GKV mit einem Mix aus verschiedenen Maßnahmen zu stabilisieren. Neben GKV-Finanzreserven wurden hierfür zusätzliche Bundesmittel sowie dauerhafte Einsparungen und Effizienzsteigerungen bei Leistungserbringern, insbesondere im Arzneimittelbereich, vorgenommen. Darüber hinaus arbeitet die Bundesregierung kontinuierlich daran, mit effizienzsteigernden Strukturreformen wie beispielsweise der geplanten großen Krankenhausreform oder den beiden kürzlich verabschiedeten Digitalgesetzen die Ausgabendynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung zu dämpfen und die Finanzierbarkeit der einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung auch zukünftig zu gewährleisten.

24. Ist der Bundesregierung der Vorschlag des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen bekannt, für Versicherte in der GKV eine kostensparende und gleichzeitig hohe Behandlungsqualität in der hausärztlichen Versorgung zu erreichen, indem eine morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient gezahlt wird, wenn ja, hat sie sich dazu eine eigene Positionierung erarbeitet, und wie lautet diese ggf. (vgl. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, S. 763, Nummer 1305), und wenn nein, warum nicht?

Nach dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ könnte für eine bessere Steuerung auch in der ambulanten Vergütung eine stärkere Morbiditätsorientierung grundsätzlich sinnvoll sein. Bei der Betrachtung der verfügbaren Abrechnungsdaten eines Behandlungsfalls sei jedoch teilweise kein direkter Zusammenhang zwischen Diagnosen und Leistungen herstellbar. Zudem sei die Kodierqualität der Abrechnungsdiagnosen Gegenstand intensiver Diskussionen. Auch sei bei Beurteilung des Versorgungsgeschehens zu berücksichtigen, dass die kodierten Diagnosen nicht immer dem primären Behandlungsanlass entsprechen müssen. Sofern das Gutachten eine morbiditätsorientierte Ausgestaltung einer für die hausärztliche Versorgung geltenden Jahrespauschale für denkbar hält, um unterschiedliche medizinische Bedarfe und den Koordinierungsaufwand des Hausarztes bei multimorbiden Patientinnen und Patienten abzubilden, sei zu beachten, dass Fehlanreize zur Überweisung der Patientinnen und Patienten – im Sinne einer unnötigen Verlagerung der Behandlung auf andere Fachärztinnen und Fachärzte – zu begrenzen und entsprechend zu monitorieren seien. Auch bedürfe ein solches Vergütungssystem der genauen Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu einer bestimmten Ärztin oder Arzt, für den sie oder er sich wie in der hausarztzentrierten Versorgung frei entscheiden könne. Zusätzlich könnten bestimmte Leistungen im Rahmen separater Leistungskomplexe zusätzlich zu den Pauschalen vergütet werden, um keinen Anreiz zu setzen, wichtige, aber besonders aufwendige oder kostenträchtige Leistungen nicht zu erbringen, zum Beispiel die Betreuung von Pflegeheimpatientinnen und -patienten.

Vor einer Umsetzung einer morbiditätsorientierten Jahrespauschalvergütung je Patientin oder Patient in der hausärztlichen Versorgung sieht die Bundesregierung somit weitergehenden Klärungsbedarf.

Das am 9. Januar 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung sieht eine jahresbezogene hausärztliche Versorgungspauschale für die Behandlung von Versicherten mit chronischer Erkrankung (mit kontinuierlichem Arzneimittelbedarf) vor. Ziel ist eine deutliche Senkung vermeidbarer Praxisbesuche in den Hausarztpraxen und mehr Zeit für die medizinische Behandlung.