



UNTERFINANZIERTERTE  
**PFLEGE  
AM STOCK**

■ **GKV FINANZEN**

Der Bundeshaushalt wird auf  
Kosten der Beitragszahler  
geschont

■ **PFLEGE**

Betriebskrankenkassen  
warnen vor Pleite der  
Pflegeversicherung



GKV FINANZEN

# BEZAHLEN WIR MIT UNSERER GESUNDHEIT?

Von Christian Keutel, Experte GKV-Finanzierung,  
Siemens Betriebskrankenkasse SBK

**Gesellschafts-, und sozialpolitische Aufgaben fallen in die Verantwortung des Bundes oder der Länder. Um diese erfüllen zu können, werden Steuern erhoben. Sie werden somit von allen Steuerpflichtigen bezahlt. Also von Arbeitnehmenden, Geschäftsführenden, Beamtinnen und Beamten wie auch von Unternehmen.**

Manchmal überträgt der Gesetzgeber diese Aufgaben an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Dazu gehören zum Beispiel die Zahlung von Kinderkrankengeld oder bestimmte Leistungen rund um Schwangerschaft und Entbindung sowie die heiß diskutierte Beiträge für Bürgergeldempfangende. Für diese sogenannten „versicherungsfremden Leistungen“ muss der Gesetzgeber einen Ausgleich bezahlen, da ansonsten ausschließlich die Beitragszahlenden für die Finanzierung herangezogen werden.



© Oscar Wong/Moment/Getty Images

## WER BESTELLT, MUSS AUCH BEZAHLEN

Dies ist klar geregelt und auch absolut nachvollziehbar. Wer etwas bestellt, muss auch dafür bezahlen. Das ist im Alltag eines jeden so – wer Essen bestellt, einen Urlaub bucht oder Kleidung kauft, muss dafür Geld auf den Tisch legen – und das gilt genauso für den Gesetzgeber, der die GKV mit der Erfüllung seiner Aufgaben quasi als Nachunternehmer beauftragt. Eine vergleichbare Vorgehensweise gilt zwischen Bund und Ländern, die Umsetzung und Finanzierung gemäß dem so genannten Konnexitätsprinzip regeln.

Seit einigen Jahren jedoch, wenn Bund und Länder Strukturreformen im Gesundheitswesen beschließen, wird dieser Ausgleich nicht mehr vollumfänglich geleistet. Dies gilt zum Beispiel bei der Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die versicherungsfremden Leistungen werden mehr, die Zahlungen dafür bleiben auf gleichem Niveau. Stattdessen steigen die Beitragsgelder immer mehr an – GKV-Versicherte und Arbeitgebende werden alleine gelassen mit der Finanzierung von Aufgaben, die allen zugutekommen.

» Wenn der Staat seine Rechnung nicht bezahlt, werden GKV-Versicherte und Arbeitgeber immer stärker belastet und alleine gelassen mit der Finanzierung von Aufgaben, die allen zugutekommen. «

#### **BUNDESHAUSHALT WIRD AUF KOSTEN DER BEITRAGSZAHLER GESCHONT**

Aktuell bekommt der Gesundheitsfonds einen gleichbleibenden jährlichen „Bundeszuschuss“ aus Steuern in Höhe von 14,5 Mrd. Euro. Die Berechnung der eigentlich notwendigen Höhe des Steuerzuschusses gestaltet sich sehr schwierig. Sie wird wissenschaftlich und politisch kontrovers diskutiert, liegt in der Regel aber über dem zur Verfügung gestellten Betrag (zwischen 30–56 Mrd. Euro) – also bei der höchsten Schätzung fast viermal so hoch! Das Mehr an versicherungsfremden Leistungen, steigende Versichertenzahlen und die allgemeine Kostenentwicklung finden im aktuellen Zuschuss keinerlei Berücksichtigung und das, obwohl eine Dynamisierung – also eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung – bereits in zwei Koalitionsverträgen verankert war.

Ebenfalls im Koalitionsvertrag stand die Refinanzierung der Ausgaben für Bürgergeldbeziehende, die genauso wenig umgesetzt wird wie die Dynamisierung. Der politische Dissens über die Anpassung des Bundeszuschusses führt zum Unwillen, eine Finanzierung verfassungsgemäß zu erreichen. Statt die staatlichen Pflichten wahrzunehmen, wird der Bundeshaushalt auf Kosten der Beitragszahlenden der GKV geschont.

Hinzu kommt eine Vielzahl von (geplanten) Gesetzen, deren Finanzierung über den Gesundheitsfonds, also aus Beitragsgeldern, erfolgt. Aktuell sehen wir dies bei der Finanzierung der Krankenhausstrukturreform oder der geplanten Finanzierung von Medizinstudienplätzen, in der Vergangenheit während der Pandemie bei der Finanzierung von Coronatests. Krankenhäuser bauen und modernisieren, Universitäten und Studiengänge anbieten, Pandemien bewältigen – all dies sind Aufgaben der Länder bzw. des Bundes, deren Finanzierung auf breitere Schultern abgewälzt wird.

#### **GUTE IDEE, SCHLECHT UMGESETZT**

Die Idee, dass die selbstverwaltenden Krankenkassen hoheitliche Aufgaben des Bundes übernehmen, ist grundsätzlich gut. In der Pandemie hat das Zusammenspiel Krankenversicherung und Bund – wenn man von einzelnen Punkten wie der oben genannten Finanzierung der Coronatestung oder die Verteilung der Masken-Voucher absieht – hervorragend funktioniert. So wurden unter anderem Kompensationszahlungen an verschiedene Akteure durch die Krankenversicherung ausgezahlt und vom Bund erstattet, entweder durch den Gesundheitsfonds oder durch die Krankenkassen selbst. So haben wir als SBK die Ausgleichszahlungen an Rehabilitationseinrichtungen übernommen.

Doch wenn der Staat seine Rechnung nicht bezahlt, werden Versicherte und ihre Arbeitgebenden immer stärker belastet. Selbst die Sozialgarantie, die einmal versprochen wurde, ist inzwischen obsolet. Dabei benötigen wir gerade in herausfordernden Zeiten wie diesen eine stabile und nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, die den Menschen die Sicherheit gibt, auch in Zukunft im Krankheitsfall gut versorgt zu sein.

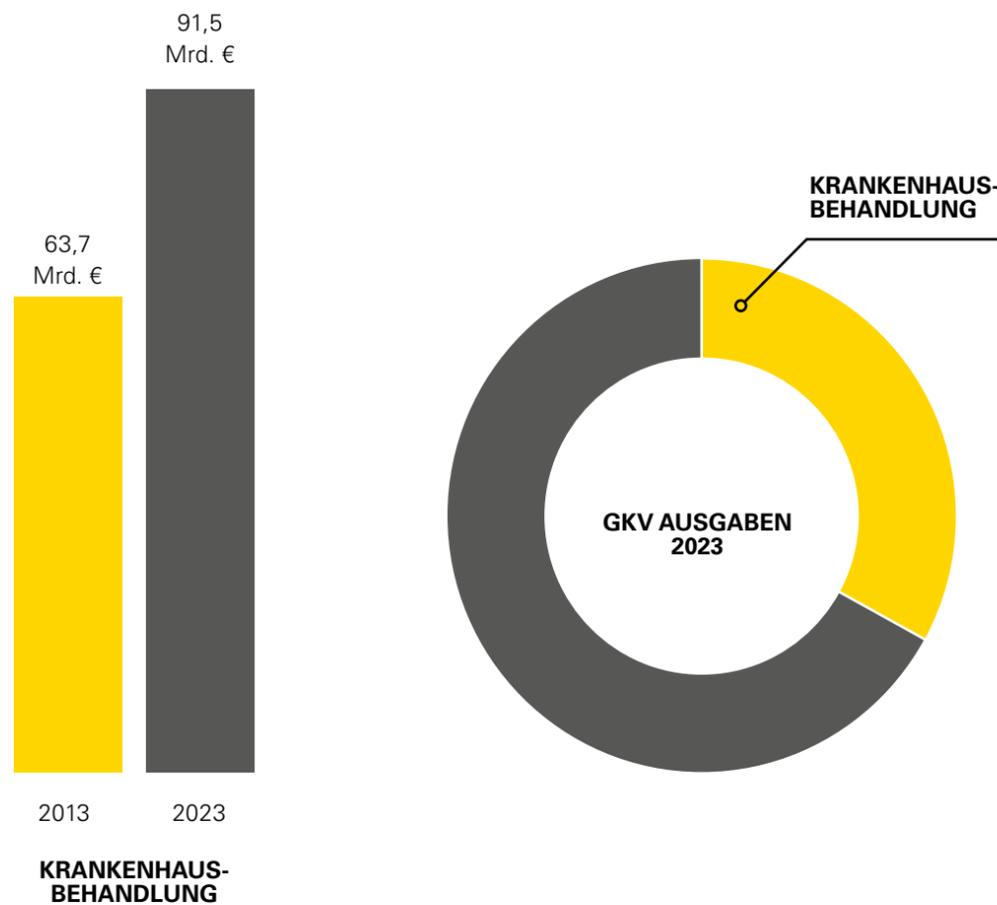
#### **GESAMTRÜCKLAGE REICHT 2024 NOCH FÜR 9 TAGE**

Der die Versicherten und ihre Arbeitgebende stark belastende „Höchststand“ bei den Beitragssätzen geht einher mit einem besorgniserregenden „Tiefststand“ der finanziellen Rücklage in der GKV.

Die finanzielle Lage der GKV ist besorgniserregend. Seit 2009 sind die jährlichen Ausgaben von rund 171 Mrd. Euro auf mehr als 307 Mrd. Euro gestiegen. Das ist ein Mittelwert von 9,7 Mrd. Euro pro Jahr. Mit gleicher Summe könnte man ungefähr zweimal das Hauptbahnhof-Projekt Stuttgart 21 in seinem Ursprungsprojektumfang finanzieren. Gleichzeitig wurden über politische Eingriffe die Reserven der einzelnen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds abgeschmolzen. Lösungen, wie die Kostensteigerungen zukünftig finanziert werden sollen, sind nicht absehbar. Statt sich um dieses Problem zu kümmern, verteilt die Politik weiterhin Geld mit dem Füllhorn: Entbudgetierung der Hausärzte, rückwirkende Kompensation von Tarifabschlüssen im Krankenhaus oder geheime Arzneimittelpreise. Dadurch besteht die realistische Gefahr, dass bereits im Jahr 2024, die Rücklagen in der GKV die Mindestrücklage unterschreiten.

Eigentlich ist vorgesehen mindestens 20 % und maximal 50 % einer Monatsausgabe als Rücklage vorzuhalten, um Liquiditätsgpässe z.B. im Krisenfall aufzufangen. Beim aktuellen Ausgabenvolumen müssten also 10 Mrd. Euro als „Notgroschen“ zur Verfügung stehen. Erste Prognosen gehen jedoch davon aus, dass nur noch 8,3 Mrd. Euro da sein

# Behandlungen im Krankenhaus



Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung sind in zehn Jahren die Ausgaben von 63,7 Mrd. Euro auf 91,5 Mrd. Euro gestiegen – das sind fast 44 Prozent.

Etwa ein Drittel der GKV Ausgaben für Behandlungen im Krankenhaus aufwendet – das sind über 90 Milliarden Euro jährlich.

werden. Da nun die GKV in einem Monat rund 26 Mrd. Euro ausgibt, reicht die prognostizierte Rücklage also maximal neun Tage.

Bei einzelnen Krankenkassen heißt dies übersetzt: selbst wenn sie eine halbe Monatsausgabe als Rücklage besäße, würde dies für max. 15 Tage ausreichen. Hat sie nur die Mindestrücklage, reicht es für ca. 7–9 Tage.

Das Schlimme daran: Ohne Rücklagen ist das System und sind damit unsere Versicherten ohne Schutznetz, das ihnen eine gute Versorgung garantiert. Wir Krankenkassen handeln im treuhänderischen Auftrag für alle 74 Mio. Versicherten und somit 90 % der Bevölkerung in Deutschland. Daher sehen wir es als unsere Pflicht darauf hinzuwirken, dass diese desaströse finanzielle Lage nicht die Versorgung negativ beeinflusst und endlich eine nachhaltige Lösung gefunden wird.

Schauen wir uns in diesem Zusammenhang nochmal im Detail die Ausgabensteigerungen der letzten 10 Jahre an Beispielen an und wie die geplante Veränderung wirken soll.

### BEISPIEL 1: ARZNEIMITTELAUSGABEN SIND UM ÜBER 60 % GESTIEGEN

Finanztechnisch folgt die GKV bei der Preisbildung bei Arzneimitteln dem Grundsatz: Der Preis muss der Evidenz folgen. Soweit so gut. Doch von 2013 bis 2023 haben sich die Ausgaben für Arzneimittel von 30,3 Mrd. Euro auf 49,3 Mrd. Euro (+ 62,7 %) erhöht. Das Problem aktuell: die freie Preisbildung im ersten Jahr, die man der Industrie zubilligt, um Deutschland einen schnelleren Zugriff auf die Produkte zu sichern. Hersteller und GKV-Spitzenverband verhandeln den Erstattungsbetrag erst ab dem 13. Monat nach Markteintritt. Bei diesen Verhandlungen kommen beispielsweise Gaming-Strategien zum Tragen, indem strategische Überlegungen eine Auswirkung auf den Abschlag bei Markteintritt haben. Um diese Strategien auszuhebeln, wurde entschieden, Änderungen einzuführen. So soll u.a. die Preistransparenz bei Arzneimitteln in geheime Arzneimittelpreise abgewandelt werden.

Dazu kann ich nur sagen: Ausgerechnet bei Arzneimitteln, bei denen der Gewinn in den letzten Jahren deutlich höher ausfiel als in der Automobilindustrie, rücken wir von unserem Transparenzansatz, auf den wir zurecht stolz sind, ab. Wir tun dies zu lasten des europäischen Markts. Deutschland ist der sogenannte Referenzmarkt. Damit Pharmaunternehmen in anderen Ländern höhere Preise erzielen können, sollen die verhandelten Preise bei uns verheimlicht werden. Das ist keine zufriedenstellende Regelung.

### BEISPIEL 2: AUSGABEN FÜR KRANKENHAUSBEHANDLUNG SIND UM ÜBER 40 % GESTIEGEN

Machen wir noch ein Rechenbeispiel. Im Bereich der Krankenhausbehandlung sind ebenfalls in zehn Jahren die Ausgaben von 63,7 Mrd. Euro auf 91,5 Mrd. Euro gestiegen (+ 43,6 %). Alle angekündigten gesetzlichen Veränderungen im Krankenhausbereich (ohne den Strukturfonds, der verfassungsrechtlich wohl noch geprüft wird) führen zu Mehrausgaben (lt. Gesetzesbegründungen) von + 670 Mio. Euro im Jahr 2024 bis zu + 3,4 Mrd. Euro 2027 und dann jährlich so weiter. Dabei fehlen noch weitere Auswirkungen wie die Anpassung des Basisfallwertes mit einem Plus von ca. 1 Mrd. Euro sowie der Wegfall der Abrechnungsprüfung (bereits heute ca. 1 Mrd. Euro bei einer Prüfquote von aktuell nur ca. 10%). Als Einsparung wird ab 2026 jährlich 1 Mrd. Euro angegeben. Allerdings ohne konkrete Berechnung, wie diese zustande kommen soll. Man schätzt den Betrag aufgrund von möglichen Fallreduzierungen. Berechenbar ist dies nicht, da die Anreizwirkung, viele Fälle abzurechnen, auch mit den anstehenden Gesetzesänderungen bestehen bleibt. Luftbuchungen als Einsparpotenziale wie bei der Krankenhausstruktur sind sicherlich kein adäquates Mittel, das zur Sicherheit beiträgt.

Vergleichen wir unsere Entwicklung mit der in Europa, zeigt sich ein klares Bild: Europäische Länder hatten 2019 im Durchschnitt 146 stationäre Behandlungsfälle je 1000 Einwohnende. Deutschland hatte 252 Behandlungsfälle. Doch haben wir daher auch einen besseren Behandlungserfolg oder bessere Qualität? Oder liegt die hohe Fallzahl in Deutschland nicht eher an der systemimmanenten Anreizwirkung zur Profitoptimierung? Ich bin der Meinung: 30 Jahre uneffektive Krankenhausplanung müssen ein Ende finden. Wir müssen Anreizsysteme überdenken und Mut zur Veränderung zeigen!

» Effizienter, sinnvoller Einsatz der Ressourcen und Digitalisierung sind wichtigste Schritte: Wir werden nicht mehr die Beschäftigten haben, um unsere aktuellen Strukturen zu erhalten. «

### AB 2025 STEIGEN DIE ZUSATZBEITRAGSSÄTZE BIS ZU + 0,8 %

Wenn nun alle Punkte aus den Gesetzesvorhaben zusammengeführt werden, kommen Experten des BKK Dachverbandes für 2025 auf eine Erhöhung der Zusatzbeitragssätze von bis zu 0,8 %. Dies sind für ein Durchschnittseinkommen in Deutschland ca. 200 Euro im Jahr (jeweils für die Versicherten und Arbeitgebenden).

Da Kompensationsmaßnahmen zur Defizitfinanzierung für die Jahre 2023 und 2024 auslaufen werden bzw. Einmaleffekte waren, wird auch eine Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schwierig werden, da dieser laut Prognosen nur leicht über der Mindestrücklage von 4,7 Mrd. Euro liegt. Seit 2023 hat sich dieser von 9,3 Mrd. Euro durch Querfinanzierung von Gesetzen damit fast halbiert. Der Puffer aus der Vergangenheit ist somit aufgebraucht.

Fakt ist, wir reizen unser Sozialsystem aus. Es fehlt die Zukunftsfähigkeit in Strukturen sowie in der nachhaltigen Finanzierung. Es ist im hohen Maße riskant, dass wir immer nur mehr Geld in ein altbackenes System pumpen und damit die Trends Digitalisierung,

Demographie und sparsamer Umgang mit Ressourcen ignorieren. Mit dem Motto: „Viel hilft viel“ beschleunigen wir die Beitragsspirale, die wir eigentlich stoppen müssen.

Eine alleinige Umlagefinanzierung ist schon aus der demografischen Entwicklung, also dem zunehmenden Anteil der Versicherten im Rentnerstatus, im aktuellen System mittelfristig zum Scheitern verurteilt. Es ist daher notwendig langfristige Lösungen zu etablieren. Diskutiert werden augenblicklich Möglichkeiten einer Mehr-Säulen-Finanzierung. Eine zu diskutierende Frage könnte in diesem Zusammenhang sein, ob eine Kapitaldeckung oder eine sozialgerechte Ausweitung der Einkunftsarten z.B. auf Mieteinkünfte oder Kapitalvermögen eine realistische Lösungsoption für die Finanzierungssicherheit ist. Aber auch andere Ansätze müssen willkommen sein. Wichtig ist: Wir brauchen Lösungen – und die erhalten wir nur, wenn wir gemeinsam transparent ausloten, was geht und was nicht.

Gleichzeitig muss sicher ein effizienter und sinnvoller Einsatz der Ressourcen Einzug halten. Digitalisierung alleine wird dafür nicht reichen, ist aber der wichtigste Schritt für Quick-Wins. Wir werden auch nicht mehr die Beschäftigten haben, um unsere aktuellen Strukturen (jedes Krankenhaus, Apothekenanzahl) zu erhalten. All das gehört zu einer unangenehmen Wahrheit, für deren Lösung wir uns jetzt stark machen müssen.

#### **NUR GEMEINSAM KÖNNEN WIR EIN ZUKUNFTSFESTES SYSTEM GESTALTEN**

Wenn der Staat Beitragsgelder nutzt, um Strukturen im Gesundheitswesen zu verändern, dann sollte im Umkehrschluss auch die Selbstverwaltung das Recht bekommen, diese mit den Ländern zu gestalten. Frei nach dem Konnexitätsprinzip „Wer bezahlt, darf auch bei der Bestellung mitreden“. Dabei geht es nicht um Stolz oder Rechthaberei, sondern darum, das unbestritten vorhandene Wissen der Expertinnen und Experten, die sich tagtäglich mit der Lösung der akut auftretenden Probleme beschäftigen, zum Besten unserer Versicherten zu nutzen. Die Legitimation für diese Forderung ergibt sich ganz klar aus der Finanzierung – es macht einen Unterschied, ob das Geld aus Steuern (Gesetzgeber) oder aus Beitragsgeldern (Selbstverwaltung) stammt.

Die Beitragszahlenden wählen uns als ihre Vertreter, die dafür Sorge tragen, dass ihre Stimme adäquat vertreten wird. Und diese Stimme beinhaltet neben der Erwartung, dass wir mit dem uns anvertrauten Geld gut wirtschaften, auch das wichtige Bedürfnis, im Fall der Fälle gut versorgt zu sein. Es ist viel einfacher diese Balance zu finden, indem die Betroffenen eingebunden werden.

Das gilt übrigens nicht nur für die Krankenkassen als Beauftragte ihrer Versicherten, sondern explizit auch für die Menschen im Gesundheitswesen, die jeden Tag die Versorgung übernehmen und auch einen klaren Blick auf die Probleme und Reformnöte haben. Genug Herausforderungen haben wir noch vor der Brust z.B. der Fachkräftemangel, bezahlbare Innovationen usw. Und für diese Transformation wird noch viel Geld benötigt.

#### **FAZIT**

Es ist genug Geld im System, wir geben jedes Jahr über 300 Mrd. Euro für unser Gesundheitssystem aus. Aber diese Milliarden müssen sinnvoll verteilt werden. Die Politik muss den Mut beweisen, echte Strukturreformen zu initiieren und Qualität in der Versorgung und Beratung zu fördern. Aber nicht einseitig, indem zu lasten der Beitragszahlenden immer mehr Geld ins System geschüttet wird. Die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben muss wieder in Einklang gebracht werden. Für stabile Finanzen ist es keine Lösung, immer nur die Beitragsätze zu erhöhen – die Politik muss auch die Ausgabenseite angehen. ■

**IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 3 | 2024**

Betriebskrankenkassen  
Magazin des BKK Dachverbandes

Herausgeber / Verlag:  
BKK Dachverband e. V.  
Franz Knieps | Vorstandsvorsitzender

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

TEL 030 2700 406 303 | [redaktion@bkk-dv.de](mailto:redaktion@bkk-dv.de)

Redaktionsschluss: 03. Mai 2024  
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich  
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:  
THE BRETTINGHAMS GmbH | 10999 Berlin  
[www.brettingham.de](http://www.brettingham.de)

Druck:  
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin  
[www.koenigsdruck.de](http://www.koenigsdruck.de)

Bildnachweis:  
Titelbild: © Adobe Stock,  
S. 7, 17: Getty Images ([www.gettyimages.com](http://www.gettyimages.com)), S. 20, S. 33: © Sascha Platen,  
S. 49: © Dr. Siegfried Marquardt/Zahngesundheit am Tegernsee MVZ GmbH,  
S. 25, 39: © KI generiert von Christopher Brettingham Smith mit Adobe Firefly

