

Deutscher Bundestag

Haushaltsausschuss

Dr. Gesine Löttsch, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Berlin, den 8.Mai 2014

Betr.: Anhörung Haushaltsausschuss zum Haushaltsbegleitgesetz 2014 am 13. Mai 2014 in der Zeit von 11 bis 13 Uhr in Berlin, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal 3.101

Es geht um die sog. versicherungsfremden Leistungen (Fremdleistungen), die nicht zu den Aufgaben der Sozialversicherung gehören und denen keine eigene Beitragszahlung zugrunde liegt. Es handelt sich nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die familienpolitisch bzw. gesellschaftspolitisch begründet werden. Damit einhergehende Lohnersatzleistungen gehören auch dazu. Das BMG führt in diesem Kontext folgende Leistungen auf:

- „die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs, beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten oder Lebenspartnern sowie Kindern,
- Leistungen rund um die [Schwangerschaft und Mutterschaft](#), zum Beispiel Vorsorge- und Entbindungskosten, Haushaltshilfe oder häusliche Krankenpflege während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung,
- Leistungen zur Empfängnisverhütung,
- Leistungen zur [künstlichen Befruchtung](#),
- das Mutterschaftsgeld und
- [Krankengeld](#) bei der Betreuung eines kranken Kindes,
- [Betriebs- und Haushaltshilfen](#) für alle Versicherten, insbesondere zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten.

Der Bund beteiligt sich pauschal über Steuerzuschüsse (genauer: aus allgemeinen Deckungsmitteln) an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für entsprechende Leistungen, um die Finanzierung dieser familienpolitisch und gesamtgesellschaftlich motivierten Aufgaben sachgerechter auf die Solidargemeinschaft der Steuerzahler zu verteilen und die Solidargemeinschaft der Beitragszahler teilweise zu entlasten.“ (Quelle: BMG Glossar Begriff „Versicherungsfremde Leistungen“).

Vor diesem Hintergrund wäre es wünschenswert, wenn die mit versicherungsfremden Leistungen verbundenen Ausgaben der etwa 130 Gesetzlichen Krankenkassen systematisch erfasst und veröffentlicht würden. Die Ausgaben für mitversicherte Familienangehörige werden nicht abschließend und vollständig veröffentlicht. Sie können jedoch näherungsweise geschätzt werden anhand der Angaben in der amtlichen Mitgliederstatistik KM6 unter Verwendung der Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht des Risikostrukturausgleichs bzw. alternativ anhand der Jahresrechnungen (KJ1) der Krankenkassen.

Für alle mitversicherten Familienangehörigen (und davon für diejenigen unter 20 Jahren) liegen diese Zahlen, berechnet vom Bundesversicherungsamt vor:

	Mitversicherte Familienangehörige			
	Alle		davon unter 20 Jahre	
	Anzahl*	Ausgaben**	Anzahl*	Ausgaben**
Männer	7,1 Mio.	9,2 Mrd. €	5,9 Mio.	7,5 Mrd. €
Frauen	10,4 Mio.	16,3 Mrd. €	5,7 Mio.	6,6 Mrd. €
Gesamt	17,6 Mio.	25,5 Mrd. €	11,6 Mio.	14,1 Mrd. €

* Anzahl der Versicherten lt. amtlicher Statistik KM6 2013

** Ausgaben unter Ansatz durchschnittlichen. Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht lt. BVA

Bei Zugrundelegung der amtlichen Statistik mit ihren Jahresrechnungen ergeben sich nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes Leistungsausgaben in Höhe von rund 27 Milliarden, wobei noch gut 1 Milliarden Verwaltungskosten hinzuzurechnen seien¹.

In diesem Kontext muss auch auf die Ausgaben für Kinder in den privaten Krankenversicherungen verwiesen werden. Nach Auskunft des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen betragen bei einer Altersgrenze bis zum Alter von 20 und bei 1,559 Millionen Kinder die Gesamtausgaben 2,8 Milliarden Euro².

Zusammen ergeben sich damit im Umfeld der Familienleistungen in der GKV und PKV rund 30 Milliarden Euro, die über einen Bundeszuschuss zu kompensieren wären, wenn die Leistungen als versicherungsfremd eingestuft werden³.

Für die anderen versicherungsfremden Leistungen weisen die Krankenkassen in ihrer Jahresrechnung nach Vorgaben des BMG für 2012 folgende Ausgaben aus⁴:

Schlüssel Nr.	Schl. Name	Summe
4710	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes - Mitglieder	160.758.356,89 €
5500	Ärztliche Betreuung	542.362.088,42 €
5510	Hebammenhilfe	462.724.623,49 €
5520	Stationäre Entbindung	1.891.535.160,99 €

¹ Siehe dazu Gesetzliche Krankenversicherung, endgültige Rechnungsergebnisse 2012 sowie unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>. Unterschiede zwischen diesen beiden Berechnungsansätzen ergeben sich vor allem aus der Berücksichtigung von Erstattungen Dritter, aus der Zuordnung von Ausgaben, die nicht versichertenindividuell zugerechnet werden können sowie Abweichungen aufgrund des Schätzansatzes.

² Siehe in diesem Kontext auch die vom Wissenschaftlichen Institut der PKV erstellte Studie „Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Die „beitragsfreie Mitversicherung“ auf dem Prüfstand“ bei http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-57E19A11-2184F2C5/bst/xcms_bst_dms_37767_2.pdf.

³ Ausgeklammert bleiben in dieser Stellungnahme der Notlagentarif der PKV und die Kompensation der niedrigen Beiträge der Sozialhilfeempfänger und bei geringfügiger Beschäftigung in der GKV.

⁴ Siehe Fußnote 1

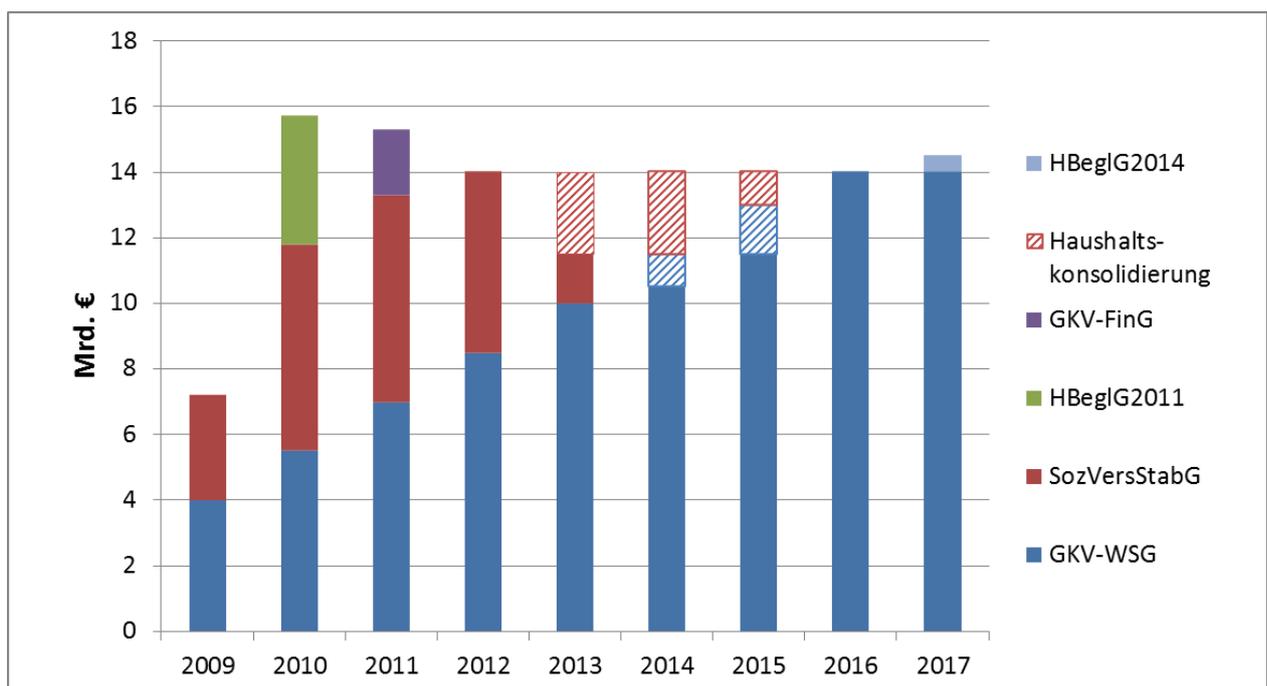
5530	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	36.173,81 €
5540	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung	45.763.352,12 €
5550	Sonstige Sachleistungen	11.682.318,54 €
5560	Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld	556.745.832,70 €
5590	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4.204.747,31 €
5600	Gestellte Betriebshilfe- Regelleistung -	4.704.155,25 €
5610	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe- Regelleistung -	939.100,25 €
5620	Betriebshilfe - Mehrleistung -	45.368.102,87 €
5640	Gestellte Haushaltshilfe- Regelleistung -	11.371.608,73 €
5650	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe- Regelleistung -	36.983.166,47 €
5660	Haushaltshilfe- Mehrleistung -	76.090.243,06 €

Diese etwa 3,85 Milliarden Euro sind nach Auffassung des BMG noch zu den Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen zu ergänzen. Die beitragsfreie Versicherung während des Bezuges von Mutter- und Elternschaftsgeld könnte mit einem Volumen der Beitragsausfälle in Höhe von ca. 1 Mrd. Euro auch noch aufgeführt werden.

Seit 2004 gibt es im Kontext von versicherungsfremden Leistungen den sog. Bundeszuschuss (wie er aus der Gesetzlichen Rentenversicherung bekannt ist), der nach Angaben des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen seinerzeit aufgrund des GKV-Modernisierungsgesetzes 4,2 Mrd. Euro ausmachte (Quelle: AOK Bundesverband, versicherungsfremde Leistungen). Der Bundesverband bezeichnete seinerzeit die versicherungsfremden Leistungen als Leistungen der Sozialversicherung, die nicht zu ihrem „eigentlichen“ Auftrag gehören. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2007 sollte sich der Zuschuss sukzessive auf 14 Mrd. Euro erhöhen. Eine klare Regel für den Bundeszuschuss hat es angesichts des Konflikts zwischen haushaltspolitischen (Konsolidierungs-) Zielen des Bundes, der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV und der Stabilität der Finanzlage der GKV m.W. bisher nicht gegeben.

Die Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV nach Rechtslage ergibt sich aus der folgenden Abbildung des BVA und den Unterlagen zu dieser Anhörung:

Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV nach Rechtslage



Hinsichtlich einer Einschätzung der versicherungsfremden Leistungen ergibt sich folgende Situation: Einerseits kann man den Finanzminister mit seinen berechtigten und sehr moderat ausgefallenen Konsolidierungswünschen verstehen, andererseits war es gerade Sinn und Zweck des Bundeszuschusses, die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung zu erhöhen, was aber einen verlässlichen und planbaren Bundeszuschuss voraussetzt.

Eine offizielle Bindung an versicherungsfremde Leistungen gibt es nicht. Es heißt zwar in § 221 SGB V, dass der Bundeszuschuss "zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen" dient, es wurde dort aber kein Katalog rechtsverbindlich spezifiziert.

Der Grund dafür ist möglicherweise die Befürchtung, dass ein solcher Katalog Ansprüche der PKV begründen könnte, denn eine Trennung zwischen „GKV-Kindern“ und PKV-Kindern“ ist nicht einzusehen.

Inoffiziell wurden die 14 Mrd. Euro mit den Ausgaben der beitragsfreien Familienversicherung für Kinder und Jugendliche begründet. Im Jahr 2012 (letzte verfügbare Zahlen) lagen die Ausgaben der GKV für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bei 13,7 Mrd. Euro⁵.

Zusammenfassend ergeben sich auf der einen Seite die Konsolidierungsbedürfnisse des Bundeshaushalts mit den vielfältigen Möglichkeiten seiner Finanzierung. Dass in einer solchen Situation die ungewöhnlich gute Finanzlage des Gesundheitsfonds und der Gesetzlichen Krankenkassen herangezogen wird, ist politikökonomisch allzu verständlich („Kasse macht sinnlich“).

Wünschenswert wäre für die Zukunft, dass die versicherungsfremden Leistungen klar und dauerhaft nicht nur qualitativ erfasst, sondern auch mit den dazugehörigen Ausgaben und Mindereinnahmen veröffentlicht werden. Mit dieser Transparenz und auf dieser Grundlage – unter Berücksichtigung der entsprechenden Leistungen der PKV – würden politische Entscheidungen erleichtert werden. In den Niederlanden werden beispielsweise die Familienleistungen der Krankenversicherung in voller Höhe aus allgemeinen Deckungsmitteln an den dortigen Gesundheitsfonds überwiesen und an die einzelnen Kassen weiter geleitet. Allerdings gibt es dort keine Dualität zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

ANHANG: Finanzierung der Familienversicherung vom 7. März 2006

Die beitragsfreie Mitfinanzierung von Familienangehörigen in der GKV gehört zu den umfanglichsten familienpolitischen Leistungen in Deutschland.

Etwa 20,3 Millionen beitragsfrei Familienversicherte im Jahre 2004 verursachen Gesundheitsausgaben (einschl. Verwaltungsausgaben) in Höhe von 24,3 Mrd. Euro (Zahlen aus den Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleich; d.h. nur Angaben für die Gesetzliche Krankenversicherung). 13,4 Mrd. Euro davon entfallen auf Mitversicherte unter 18 Jahren.

Diese Leistungen werden oft als „versicherungsfremd“ angesehen, da es sich bei dem Familienlastenausgleich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, an deren Finanzierung nicht nur die Beitragszahler beteiligt werden sollten. Darauf beruht die Forderung nach Steuerfinanzierung.

Bei einer solchen Forderung müssen die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen ebenfalls einbezogen werden. Ihre Höhe liegt bei 90 Euro pro Kind (laut Mitteilung des PKV-Verbandes

⁵ Mein Dank für diese Informationen und Statistiken geht an Herrn Dr. Dirk Göppfarth vom BVA.

1418 000 Kinder bis zum Alter 18, d.h. 1, 28 Mrd. Euro und 1 559 000 Kinder bis zum Alter 20, d.h. 1,4 Mrd. Euro)

Die Finanzierung könnte auch in Form von Ersatzzahlungen an die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgen, d.h. der Kinderlastenausgleich bliebe bei den Krankenkassen, würde aber finanziell vom Staat (Bund/Länder) übernommen.

Die dadurch ermöglichten Beitragssatzsenkungen von etwa 1,3 Beitragssatzpunkten (10 Milliarden entsprechen in etwa einem Beitragssatzpunkt) könnten allein den Erwerbstätigen über niedrigere Beiträge zufließen und nicht auch den Rentnern, um auf diese Weise die erwerbstätige Bevölkerung zu begünstigen (mit anderen Worten: um die nicht nur arme ältere Bevölkerung zu belasten; siehe Ausgabenprofile).

Für mitversicherte Ehegatten wird häufig ein eigenständiger Beitrag gefordert, da es im Status Quo zu Beitragssatzungerechtigkeiten und Verzerrungen im Arbeitsangebot kommt.