

GKV-Überschüsse im 1. bis 3. Quartal 2012 bestätigen finanziellen Spielraum zur Abschaffung der Praxisgebühr

GKV-Überschüsse im 1. bis 3. Quartal 2012 bestätigen finanziellen Spielraum zur Abschaffung der Praxisgebühr. Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach den vorläufigen Finanzergebnissen des 1. bis 3. Quartals 2012 einen Überschuss von rund 4,05 Mrd. Euro erzielt. Einnahmen in Höhe von rd. 142 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von rd. 138 Mrd. Euro gegenüber. Die Einnahmen der Kassen erhöhten sich im Vorjahresvergleich um 4,3 Mrd. Euro, die Ausgaben sind um 4,21 Mrd. Euro gestiegen. Da die Ausgaben der Kassen im vierten Quartal regelmäßig höher ausfallen als im Durchschnitt der Vorquartale, die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, sich jedoch gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilen, dürfte es im Gesamtjahr 2012 nicht mehr zu einem wesentlich weiteren Zuwachs der Überschussentwicklung gegenüber dem 1. bis 3. Quartal kommen. Der Gesundheitsfonds wies in den Monaten Januar bis September 2012 noch ein geringes saisonbedingtes Defizit von 15 Mio. Euro auf. Während die Ausgaben des Gesundheitsfonds in Form von Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen an die Krankenkassen fließen, ergeben sich in den Monaten November und Dezember deutlich höhere Beitragseinnahmen. Dazu tragen vor allem die Verbeitragung von Einmalzahlungen (z.B. Weihnachtsgeld) bei. Die Finanzsituation des Gesundheitsfonds wird sich daher im weiteren Jahresverlauf verbessern. Für das Gesamtjahr 2012 ist laut aktueller Prognose des Schätzerkreises mit einem Überschuss in einer Höhe von plus 3,2 Mrd. Euro zu rechnen. In der Gesamtbetrachtung der Finanzergebnisse von Krankenkassen und Gesundheitsfonds verzeichnete die GKV im zurückliegenden Dreivierteljahr einen Überschuss von rund 4,0 Mrd. Euro (1. bis 3. Quartal 2011: 3,9 Mrd. Euro). Gesundheitsfonds und Krankenkassen verfügten rechnerisch am Ende des 3. Quartals 2012 insgesamt über Finanzreserven in einer Größenordnung von rund 23 Mrd. Euro, davon rund 14 Mrd. Euro bei den Krankenkassen und rund 9 Mrd. Euro beim Gesundheitsfonds. Zu den aktuellen Finanzergebnissen sagte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: "Die bislang weiterhin günstige Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung belegt zweierlei: Zum einen stehen die gesetzlichen Krankenkassen und der Gesundheitsfonds auf einem soliden finanziellen Fundament. Zum anderen sind in der GKV die nötigen Finanzmittel zur Entlastung der Patientinnen und Patienten durch die Abschaffung der Praxisgebühr vorhanden. Bei einer Reihe von Krankenkassen mit hohen Finanzreserven besteht zudem erheblicher Spielraum für eine Auszahlung von Prämien an die Versicherten. Nach langem Zögern sind nunmehr auch große Krankenkassen bereit, ihre Versicherten an einer hohen Überschussentwicklung zu beteiligen und für das Jahr 2013 Prämien auszuzahlen. Allein davon werden mehr als 7 Millionen Mitglieder profitieren." Die positive Finanzentwicklung der GKV ist neben einer wirksamen gesetzlichen Ausgabenbegrenzung insbesondere bei Arzneimitteln und Verwaltungskosten der Krankenkassen vor allem aus Einnahmezuwächsen durch spürbare Lohn-, Renten- sowie Beitragsatzsteigerungen zu Stande gekommen. Insofern ist es folgerichtig, einen Teil der daraus resultierenden Überschussentwicklung mit Augenmaß an die Versicherten zurück zu geben. Die durch den Wegfall der Praxisgebühr ab 2013 entstehenden Mehrausgaben der Krankenkassen können über höhere Zuweisungen, die die Kassen aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2013 und 2014 erhalten, kompensiert werden, ohne die finanzielle Stabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gefährden. Prämienzahlungen kommen in Bewegung. Nach anfänglicher Skepsis kommen mehr und mehr Versicherungsträger zu der Einsicht, dass hohe Überschüsse und hohe Finanzreserven bei einer Reihe von Kassen nicht endlos auf Halde liegen dürfen, sondern den Versicherten in Form von Prämien oder Leistungsverbesserungen zu Gute kommen sollten. Von der derzeit positiven Finanzentwicklung profitieren alle Krankenkassen - auch diejenigen, die bis im vergangenen Jahr noch über unzureichende Betriebsmittel und Rücklagen verfügten. Zugleich steigt die Zahl der Kassen, deren Finanzreserven z.T. erheblich über die zulässige Obergrenze von 1,5 Monatsausgaben hinausgehen. Diese Kassen, unter denen sich auch große Versicherungsträger befinden, haben ihre Reserven im 3. Quartal nochmals deutlich aufstocken können. Bei den wenigen Krankenkassen, die bislang Prämienauszahlungen vornehmen, handelte es sich überwiegend um kleinere und mittlere Kassen mit insgesamt rund 700.000 Versicherten. Damit profitierten bislang gerade einmal 1% der über 70 Millionen Versicherten in der GKV von Prämienauszahlungen, die im 1. bis 3. Quartal 2012 lediglich ein Volumen von rund 33 Mio. Euro ausmachten. Nach den Ankündigungen von größeren Kassen, ihren Mitgliedern ebenfalls eine Prämie auszuzahlen, wird sich dieser Personenkreis in 2013 mehr als verzehnfachen. Ausgabenzuwächse weiterhin bei gut 3 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen um 3,2 Prozent je Versicherten, die Verwaltungskosten gingen geringfügig um 0,2 Prozent zurück. Arzneimittel-Sparpaket führt weiterhin zu Entlastungen. In den Monaten Januar bis September 2012 sind die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen je Versicherten vor dem Hintergrund der deutlichen Rückgänge im vergangenen Jahr wieder um 2,0 Prozent gestiegen. Die insgesamt moderate Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln hat zwei wesentliche Ursachen: So verzeichneten die Krankenkassen durch die Rabatt-Vereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen weitere erhebliche Entlastungen. Im Vergleich zum 1. bis 3. Quartal 2011 konnten die Einsparungen durch vertraglich vereinbarte Rabatte von 1,09 Mrd. Euro um rd. 310 Mio. Euro auf 1,40 Mrd. Euro erhöht werden. Neben den Rabattvereinbarungen hat auch die Einführung neuer Festbeträge zu finanziellen Entlastungen in diesem Bereich beigetragen. Im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel haben die Maßnahmen des Arzneimittel-Sparpakets, das die Bundesregierung in 2010 auf den Weg gebracht hatte, weiterhin ihre Wirkung entfaltet und die Ausgabendynamik dieses Segments des Arzneimittelmarkts gebremst. Ohne das bis Ende 2013 befristete Preismoratorium und den erhöhten Herstellerrabatt für Nicht-Festbetragsarzneimittel läge der aktuelle Zuwachs des gesamten Arzneimittelbereichs wieder im annähernd zweistelligen Bereich. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hat die Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeit und Preiswettbewerb in der Arzneimittelversorgung dauerhaft verbessert. Für jedes neu in den Markt eingeführte Arzneimittel wird der Zusatznutzen für die Patienten bestimmt und ein fairer Preis vereinbart. Dies sind entscheidende Schritte, um die Ausgabendynamik, die bislang immer von den patentgeschützten Arzneimitteln ausging, in den Griff zu bekommen. Unterschiedliche Entwicklung in anderen Leistungsbereichen. In den anderen größeren Leistungsbereichen ist die Entwicklung der Ausgaben sehr unterschiedlich verlaufen: Beim Zuwachs von 2,1 Prozent je Versicherten bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung, der in den ersten neun Monaten einem Zuwachs von rund 400 bis 500 Mio. Euro entspricht, ist zu berücksichtigen, dass bei den Krankenkassen für das 1. bis 3. Quartal nur für den geringeren Teil der erbrachten Leistungen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegen. Für das kommende Jahr und für die nunmehr stattfindenden regionalen Honorarverhandlungen haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband auf eine Vereinbarung zum Honoraranstieg für die niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen 1,15 und 1,27 Mrd. Euro verständigt. Der Anstieg bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung lag je Versicherten bei 3,3 Prozent. Die Krankenhäuser erhielten somit allein von der gesetzlichen Krankenversicherung bereits in den ersten neun Monaten rund 1,53 Mrd. Euro mehr als im Januar bis September 2011. Zu einem Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen haben dabei insbesondere die weiterhin dynamischen Zuwächse bei den Leistungsmengen geführt. Um die Ursachen dieser dynamischen Entwicklung zu untersuchen und Lösungsansätze zu entwickeln, wurden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) kurzfristig mit der Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrags beauftragt. Dies ist im Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) geregelt. Übergangsweise werden bis zum Jahr 2014 weiterhin Mehrleistungsabschlüsse erhoben. In diesem Gesetz ist auch geregelt, dass die Krankenhäuser für 2012 einen teilweise Ausgleich für die Tarifabschlüsse des laufenden Jahres erhalten. Diese Ende August vereinbarten Erhöhungen, die GKV-weit in 2012 mit rd. 0,3 Mrd. Euro zu Buche schlagen, sind in den Finanzdaten des 1. bis 3. Quartals kaum enthalten. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser von den gesetzlichen Krankenkassen in diesem Jahr zusätzliche Zahlungen von bis zu 2 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr erhalten werden. Beim Krankengeld hat sich nach mehreren Jahren mit annähernd zweistelligen Zuwächsen der Zuwachs mit einem Plus von 7,0 Prozent auf hohem Niveau etwas verlangsamt. Dies ist allerdings kein Anlass zur Entwarnung. Als maßgebliche Ursachen für diesen Anstieg sind weiterhin eine Zunahme der Krankengeldbezieher in höheren Altersgruppen vor der Verrentung sowie der Anstieg von lang andauernden psychischen Erkrankungen zu nennen. Hier sind nicht zuletzt die Unternehmen und die Krankenkassen gemeinsam gefordert, im Rahmen einer verstärkten betrieblichen Gesundheitsförderung diesem Trend entgegen zu wirken. Positiv zu bewerten ist die Entwicklung im Bereich der Mütter-Väter-Kind-Maßnahmen. In diesem

Leistungsbereich gab es nach deutlichen Ausgabenrückgängen in den letzten drei Jahren im 1. bis 3. Quartal 2012 wieder einen Zuwachs von rund 13 Prozent. Die Bemühungen der Bundesregierung, in Kooperation mit den Krankenkassen und den Einrichtungen zu einer verbesserten Bewilligungspraxis und einer Verstetigung des Leistungsgeschehens zu kommen, tragen offenbar Früchte. Die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen sind im 1. bis 3. Quartal 2012 mit 0,2 Prozent je Versicherten geringfügig zurückgegangen. Da es im Gesamtjahr 2011 einen Ausgabenrückgang von 1 Prozent gab, besteht Anlass zu der Erwartung, dass die gesetzliche Ausgabenbegrenzung auch in diesem Jahr insgesamt eingehalten werden kann. Danach sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Verwaltungsausgaben 2012 (wie die des Jahres 2011) auf das Niveau des Jahres 2010 zu begrenzen. Weitere Perspektive Trotz der konjunkturellen Risiken in der Euro-Zone spricht Vieles dafür, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur in diesem sondern auch im kommenden Jahr auf einer soliden Finanzgrundlage stehen wird. Dabei darf bei den Bemühungen um mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht nachgelassen werden. Auf Basis der Prognosen des GKV-Schätzerkreises vom 11. Oktober für die Jahre 2012 und 2013 und den vorhandenen Finanzreserven des Gesundheitsfonds verbleibt ausreichender Spielraum, um die Mehrausgaben, die für die Krankenkassen aus der Abschaffung der Praxisgebühr resultieren, solide finanzieren zu können. Auch zum Ausgleich der temporären Mindereinnahmen, die aus einer zeitlich begrenzten Reduzierung des Bundeszuschusses um 2,5 Mrd. Euro in 2013 und 2 Mrd. Euro in 2014 resultieren, stehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausreichende Finanzmittel zur Verfügung. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Wilhelmstraße 49 10117 Berlin
Telefon: +49 (1888) 441-0
Telefax: +49 (1888) 441-1830
Mail: info@bmg.bund.de
URL: <http://www.bmg.bund.de>

Pressekontakt

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

10117 Berlin

bmg.bund.de
info@bmg.bund.de

Firmenkontakt

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

10117 Berlin

bmg.bund.de
info@bmg.bund.de

Weitere Informationen finden sich auf unserer Homepage