

Finanzergebnisse im 1. Halbjahr 2013 ? Positive finanzielle Bilanz der gesetzlichen Krankenversicherung zum Abschluss der Legislaturperiode

Finanzergebnisse im 1. Halbjahr 2013 - Positive finanzielle Bilanz der gesetzlichen Krankenversicherung zum Abschluss der Legislaturperiode
 Die Krankenkassen weisen in ihren vorläufigen Finanzergebnissen des 1. Halbjahrs 2013 einen Überschuss von rund 1,09 Mrd. Euro aus. Einnahmen in Höhe von rd. 97,7 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von rd. 96,6 Mrd. Euro gegenüber. Der Gesundheitsfonds verbuchte im 1. Halbjahr 2013 ein saisonbedingtes Defizit von knapp 1,98 Mrd. Euro, das im 2. Halbjahr durch die Verbeitragung von Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld) wieder ausgeglichen werden kann. In der Gesamtbetrachtung der Finanzergebnisse von Krankenkassen und Gesundheitsfonds verzeichnete die GKV im 1. Halbjahr 2013 ein Defizit von rund 890 Mio. Euro. Gesundheitsfonds und Krankenkassen verfügen damit rechnerisch am Ende des 1. Halbjahrs 2013 insgesamt über Finanzreserven in einer Größenordnung von rund 27,7 Mrd. Euro, davon rund 16,6 Mrd. Euro bei den Krankenkassen und rund 11,1 Mrd. Euro beim Gesundheitsfonds.
 Zu diesen Ergebnissen erklärte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: "Die aktuelle Finanzentwicklung zeigt: Die gesetzliche Krankenversicherung schreibt auch im Jahr 2013 schwarze Zahlen und geht mit einem soliden Fundament in die neue Legislaturperiode. Die Abschaffung der Praxisgebühr ab 1. Januar 2013, die zur Haushaltskonsolidierung erfolgte Absenkung des Bundeszuschusses um 2,5 Mrd. Euro sowie die notwendigen Verbesserungen der Finanzsituation der Krankenhäuser und beim Apotheken-Notdienst sind solide finanziert. Die gesetzliche Krankenversicherung wird trotz dieser Mindereinnahmen und Mehrausgaben auch im laufenden Jahr Überschüsse erzielen."
 Trotz der konjunkturellen Risiken in der Euro-Zone wird sich die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Gesamtjahr 2013 bei einer deutlich gebremsten Überschussentwicklung nochmals verbessern. Die Krankenkassen erhalten auch im Jahr 2013 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die ohne weiteres ausreichen werden, um die voraussichtlichen Ausgaben zu decken. Auch die erfreuliche Tatsache, dass im Unterschied zu 2012 eine Reihe von Krankenkassen erstmals erhebliche Ausgaben für Prämienzahlungen an ihre Mitglieder verbuchen und Krankenkassen derzeit keine Einnahmen aus Zusatzbeiträgen erzielen, wird zu niedrigeren Überschüssen aber keinesfalls zu roten Zahlen führen.
 Ähnliches ist auch für den Gesundheitsfonds zu erwarten. Die weiterhin positive Entwicklung bei den Beitragseinnahmen in Verbindung mit der Verbeitragung der Einmalzahlungen zum Jahresende und dem Rentenanstieg zum 1. Juli wird in der zweiten Jahreshälfte das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben noch deutlich verbessern. Der Gesundheitsfonds dürfte - wenn sich die Zuwächse bei den Beitragseinnahmen so fortsetzen wie in der ersten Jahreshälfte - im Gesamtjahr 2013 auf ein annähernd ausgeglichenes Finanzergebnis zusteuern.
 Konkretere Prognosen zur Finanzentwicklung der GKV für das laufende und das Folgejahr wird Mitte Oktober der gemeinsame Schätzerkreis von Bundesversicherungsamt (BVA), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und GKV-Spitzenverband vornehmen. Unter Berücksichtigung der Finanzergebnisse des 1. Halbjahrs 2013 sowie der aktuellen Eckwerte zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wird dann eine Aktualisierung der Prognose für 2013 und eine erstmalige Prognose für 2014 erfolgen.
 Positive finanzielle Bilanz der GKV - nicht nur im Jahr 2013
 Dabei ist nicht nur die Finanzentwicklung der GKV im laufenden Jahr zufriedenstellend, sondern die Bilanz für die gesamte Legislaturperiode steht im Zeichen der Konsolidierung:
 Der Vergleich der Jahresmitte 2013 mit der Situation zur Jahresmitte 2009 zum Ende der vergangenen Legislaturperiode zeigt eine drastische Verbesserung.
 Am Anfang der Legislaturperiode drohten in der GKV erhebliche Defizite. Heute verfügen Krankenkassen und Gesundheitsfonds zusammen über ein solides finanzielles Fundament.
 Ende Juni 2009 waren noch sechs von damals noch 182 Krankenkassen verschuldet; und weitere 41 Kassen hatten Finanzreserven unterhalb der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve von 25 % einer Monatsausgabe. Mitte 2013 gibt es keine verschuldete Krankenkasse mehr; bis auf einzelne kleinere Krankenkassen haben alle Krankenkassen die Mindestreserve überschritten. Bei etlichen Krankenkassen werden die Mindestreserven überschritten, und 7 Millionen Mitglieder werden mittlerweile Prämien von ihren Krankenkassen erhalten.
 2009 mussten die Patientinnen und Patienten einschließlich der Praxisgebühr rund 5 Mrd. Euro für Zuzahlungen aufbringen. 2013 wird sich dieser Betrag durch die Abschaffung der Praxisgebühr um 1,8 Mrd. Euro reduzieren. Zugleich konnten die Arztpraxen von unnötigem bürokratischen Aufwand befreit werden.
 Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sind in der laufenden Legislaturperiode deutlich moderater gestiegen als in den vier Jahren zuvor: Von 2009 bis 2013 stiegen die GKV-Ausgaben je Versicherten um rd. 15 Prozent; von 2005 bis 2009 dagegen um rd. 20 Prozent. Die Ausgaben für Arzneimittel, von 2005 bis 2009 noch geprägt von einem hohen Zuwachs von 25 Prozent, sind im Vergleichszeitraum 2009 bis 2013 gerade einmal um 1,7 Prozent gestiegen.
 Vertretbare Begrenzungen von nicht mehr hinnehmbaren Ausgabenzuwächsen insbesondere im Arzneimittelbereich gingen einher mit wichtigen gesundheitspolitischen Weichenstellungen durch das Versorgungsstrukturgesetz, die Abschaffung der Praxisgebühr und notwendige finanzielle Hilfestellungen für die Krankenhäuser und den Apotheken-Notdienst.
 Unterschiedliche Überschussentwicklung in den ersten sechs Monaten 2013
 Die Lage bei den Krankenkassen ist weiterhin unterschiedlich, aber alle profitieren von den günstigen Rahmenbedingungen. Überschüsse sind, insbesondere wenn sie zu überhöhten Finanzreserven führen, angesparte Gelder, die den Versicherten auch zugute kommen müssen. Das kann zum Beispiel durch Leistungsverbesserungen und Prämienzahlungen geschehen.
 Die Krankenkassenarten wiesen bei einer differenzierten Betrachtung unterschiedliche Überschüsse aus. So erzielten die AOKen Überschüsse von insgesamt rund 623 Mio. Euro, die Ersatzkassen dagegen lediglich Überschüsse von insgesamt rund 81 Mio. Euro. Bei den kleineren Krankenkassenarten erzielten die Betriebskrankenkassen Überschüsse von 164 Mio. Euro, die Innungskrankenkassen von 150 Mio. Euro und die Knappschaft-Bahn-See von 77 Mio. Euro. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im 1. Halbjahr 2013 eine Reihe von Krankenkassen erstmals in einem nennenswerten Umfang von rund 182 Mio. Euro Ausgaben für die Ausschüttung von Prämien auswies, fast acht mal so viel wie im 1. Halbjahr 2012 (21 Mio. Euro). Die damit verbundenen Ausgaben der Krankenkassen, vor allem bei den Ersatzkassen, sowie dort weggefallene Zusatzbeiträge (rd. 130 Mio. Euro im 1. Halbjahr 2012) erklären zu erheblichen Teilen den vergleichsweise geringen Überschuss dieser Krankenkassenart.
 Saisonbedingtes Defizit beim Gesundheitsfonds
 Der Gesundheitsfonds verzeichnete im 1. Halbjahr I 2013 ein saisonübliches Defizit von 1,98 Mrd. Euro. Dieses Defizit fällt im Vergleich zum 1. Halbjahr des Vorjahres (rd. 0,49 Mrd. Euro) insbesondere deshalb höher aus, weil der Bundeszuschuss für 2013 von 14 auf 11,5 Mrd. Euro im Rahmen der notwendigen Haushaltskonsolidierung gesenkt wurde und somit in der ersten Hälfte des Jahres 2013 mit 5,69 Mrd. Euro um rund 1,25 Mrd. Euro niedriger lag als der Zuschuss im 1. Halbjahr 2012. Außerdem wurden den Krankenkassen zum Ausgleich der Mehrausgaben durch die Abschaffung der Praxisgebühr ein Betrag von rund 900 Mio. Euro an höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds überwiesen. Das saisonübliche Defizit ist darüber hinaus maßgeblich auf die Auszahlungssystematik des Gesundheitsfonds zurückzuführen. Die Ausgaben des Gesundheitsfonds in Form von Zuweisungen fließen in monatlich gleichen Teilbeträgen an die Krankenkassen. Bei der Festlegung der monatlichen Zuweisungen sind die Mehrausgaben für die Abschaffung der Praxisgebühr entsprechend berücksichtigt worden. Die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds unterliegen dagegen Schwankungen. Die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds wird sich anders als bei den Krankenkassen daher im weiteren Jahresverlauf weiter deutlich verbessern. Grund sind beitragspflichtige Einmalzahlungen wie Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld, höhere Tarifabschlüsse sowie höhere Renten zum 1. Juli 2013, die dann zu höheren Beiträgen führen werden.
 Ausgabenzuwächse bei 4,6 Prozent
 Je Versicherten gab es im 1. Halbjahr 2013 einen Ausgabenzuwachs von 4,6 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen ebenfalls um 4,6 Prozent je Versicherten; die Verwaltungskosten um rund 3,3 Prozent. Dabei ist im 1. Halbjahr allerdings zu berücksichtigen, dass die Ausgaben in einigen Leistungsbereichen noch in hohem Maße von Schätzungen geprägt sind, da Abrechnungsdaten häufig noch nicht vorliegen.
 Der im Vergleich zum Anstieg im 1. Halbjahr 2012 (+ 3 Prozent) um ca. 1,6 Prozentpunkte höhere Ausgabenanstieg lässt sich im Wesentlichen mit dem ausgaben erhöhenden Effekt des Wegfalls der Praxisgebühr erklären, durch den die Patientinnen und Patienten ab 1. Januar 2013 jährlich um ca. 1,8 Mrd. Euro, somit bereits im 1. Halbjahr um 0,9 Mrd. Euro entlastet wurden. Ansonsten verläuft die Ausgabenentwicklung in der GKV auch nach Wegfall der zeitlich auf die Jahre 2011 und 2012 limitierten ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes weiterhin moderat.
 Arzneimittel-Ausgaben stabil - hohe Einsparungen durch Rabatte
 In den Monaten Januar bis Juni sind die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen nur um 0,3 Prozent gestiegen. Neben dem bis Ende 2013 geltenden erhöhten Herstellerrabatt für Nicht-Festbetragsarzneimittel haben erneut signifikant gestiegene vertraglich vereinbarte Rabatte der Krankenkassen mit der Pharmazeutischen Industrie zu der niedrigen Steigerung im 1. Halbjahr beigetragen.
 Im Vergleich

zum 1. Halbjahr 2012 konnten die Einsparungen durch Rabattvereinbarungen von Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen von rd. 840 Mio. Euro um rd. 450 Mio. Euro auf fast 1,3 Mrd. Euro (plus 53 Prozent) erhöht werden. Daneben hat auch die Einführung neuer Festbeträge zu finanziellen Entlastungen in diesem Bereich beigetragen. Darüber hinaus wurden mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz entscheidende Voraussetzungen dafür geschaffen, die Ausgabendynamik im patentgeschützten Bereich in den Griff zu bekommen. Mit der Einführung einer frühen Nutzenbewertung und einer darauf folgenden Erstattungsbeitragsverhandlung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer orientieren sich die Arzneimittelpreise am Zusatznutzen für die Patienten. Dies begrenzt die Ausgabendynamik auch im Bereich der patentgeschützten und nicht festbetragsgebundenen Arzneimittel, der stets wesentlich zu den Ausgabensteigerungen beigetragen hat.
Honorarabschlüsse und Abschaffung der Praxisgebühr prägen Ausgaben für Ärzte und Zahnärzte
Der Zuwachs von rund 10 Prozent je Versicherten bei den Ausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche Behandlung dürfte neben den jährlichen regionalen Honoraranpassungen etwa in gleichem Ausmaß die Abschaffung der Praxisgebühr abbilden. Letzteres führt allerdings nicht zu höheren Honoraren der Ärzte, sondern entlastet die Ärztinnen und Ärzte durch Wegfall unnötigen bürokratischen Aufwands in den Praxen. Da die Einnahmen aus der Praxisgebühr bisher mit der Gesamtvergütung verrechnet wurden, führt ihr Wegfall nun zu entsprechenden Mehrausgaben der Krankenkassen. Da jedoch für das 1. Halbjahr 2013 flächendeckend kaum Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Krankenkassen vorlagen, beruhen die ausgewiesenen Veränderungsdaten nach wie vor im Wesentlichen auf Schätzungen.
Der Zuwachs von 7 Prozent bei zahnärztlicher Behandlung, begleitet von einem Rückgang von rund 1,7 Prozent bei den Ausgaben für Zahnersatz, ist ebenfalls größtenteils auf die Abschaffung der Praxisgebühr zurückzuführen. Daneben dürfte die Aufhebung der strikten Grundlohnorientierung bei den zahnärztlichen Honoraren sowie die Punktwertangleichungen zwischen den Kassenarten das Ausgabengeschehen beeinflusst haben, was sich auch in den unterschiedlichen Zuwachsraten der einzelnen Kassenarten widerspiegelt.
Unterschiedliche Entwicklung in anderen Leistungsbereichen
Der Anstieg bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung lag je Versicherten bei 3,2 Prozent, und war damit deutlich geringer als erwartet. Die moderate Ausgabenentwicklung dokumentiert, dass der Ansatz der Bundesregierung für kurzfristig wirksame Finanzhilfen für die Krankenhäuser zielführend und finanziell vertretbar ist. Gleichwohl zeigt der Zuwachs von rd. 1 Mrd. Euro, den der stationäre Bereich von den gesetzlichen Krankenkassen allein im 1. Halbjahr 2013 erhalten hat, dass sich die Finanzausstattung im stationären Bereich auch in diesem Jahr deutlich verbessern wird. Zusätzlich werden die Krankenhäuser durch verschiedene gesetzliche Maßnahmen im Jahr 2013 um rd. 415 Mio. Euro und um rd. 690 Mio. Euro im Jahr 2014 entlastet. Davon werden etwa 82 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.
Beim Krankengeld hat sich nach mehreren Jahren mit hohem oftmals zweistelligen Zuwächsen der Anstieg mit einem Plus von 7,7 Prozent auf hohem Niveau nur unwesentlich verlangsamt. Als maßgebliche Ursachen für diesen Anstieg sind weiterhin eine Zunahme der Krankengeldbezieher in höheren Altersgruppen bei steigendem Renteneintrittsalter 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. Bei notwendigen Anstrengungen zur Verringerung des Krankenstands muss die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Vordergrund stehen. Zugleich ist sicherzustellen, dass medizinisch notwendige Krankschreibungen ohne Einschränkungen erfolgen.
Positiv zu bewerten ist die Entwicklung im Bereich der Mütter-Väter-Kind-Maßnahmen. In diesem Leistungsbereich gab es nach deutlichen Ausgaben-Rückgängen in den Jahren 2009 bis 2011 und einem Anstieg von rund 15 Prozent in 2012 im 1. Halbjahr 2013 mit einem Plus von rund 24 Prozent beachtliche Zuwächse. Die Bemühungen der Bundesregierung, in Kooperation mit den Krankenkassen und den Einrichtungen zu einer verbesserten Bewilligungspraxis und einer Verstärkung des Leistungsgeschehens zu kommen, waren somit erfolgreich. Ähnlich positiv ist auch der Ausgabenzuwachs bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung um rund 40 Prozent zu bewerten. Im 1. Halbjahr haben die Krankenkassen diesen wichtigen Versorgungsbereich mit etwa 90 Mio. Euro gefördert.
Nachholbedarf im Bereich Prävention
Die Ausgaben der Krankenkassen für Präventionsleistungen nach 20 ff. SGB V bleiben mit einem Ausgabenvolumen von ca. 125 Mio. Euro im 1. Halbjahr und einem Ausgabenanteil von gerade einmal 0,1 Prozent der GKV-Ausgaben weiter deutlich hinter dem Finanzvolumen zurück, das für eine dringend notwendige Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich ist. Daran ändert auch ein geringer Zuwachs von rd. 4,6 Prozent im 1. Halbjahr kaum etwas. Für primäre Prävention der Krankenkassen nach dem Individualansatz wurden 87 Mio. Euro (1,25 Euro je Versicherten), für betriebliche Gesundheitsförderung 26 Mio. Euro (38 Cent je Versicherten) und für die Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten gerade einmal 12 Mio. Euro (18 Cent je Versicherten) ausgegeben. Nach dem vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetz zur Förderung der Prävention sollen von den Krankenkassen für die individuelle Gesundheitsförderung jährlich 3 Euro, für die betriebliche Gesundheitsförderung mindestens 2 Euro und für die Prävention in Lebenswelten ebenfalls mindestens 2 Euro je Versicherten bereitgestellt werden. Von diesen Zielgrößen sind die gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor weit entfernt. Wenn die rot-grüne Mehrheit im Bundesrat das Gesetz am 20. September aus wahltaktischen Gründen blockiert, bringt sie insbesondere die Kommunen um die Chance, beim Ausbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen etwa in Kitas, Schulen und sozialen Brennpunkten von den erhöhten Leistungen der Krankenkassen ganz erheblich zu profitieren.
Die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen, die im 1. Halbjahr 2013 mit 3,3 Prozent je Versicherten unterhalb des Zuwachses bei den Leistungsausgaben blieben, sind nach der zweijährigen Budgetierungsphase insgesamt moderat gestiegen. In den Jahren 2011 und 2012 waren die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Verwaltungsausgaben auf das Niveau des Jahres 2010 zu begrenzen. Befürchtungen, nach Auslaufen der Budgetierungsphase könnten die Verwaltungskosten der Krankenkassen wieder aus dem Ruder laufen, haben sich offensichtlich nicht bewahrheitet.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin
Deutschland
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