

# 1 Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen

Das Gesundheitswesen in entwickelten Ländern basiert wesentlich auf einem Krankenversicherungsschutz und einem sich daraus ableitenden Anspruch auf Zugang zu gesundheitlichen Leistungen oder deren Erstattung. Dieses Zusammenspiel von Beitragszahlung und Leistungsanspruch wird oftmals gegenübergestellt als die Einnahmenseite und Ausgabenseite des Gesundheitswesens. Die Einnahmenseite behandelt somit Aspekte der Mittelherhebung. In Deutschland ist die Mittelherhebung geprägt durch die Erhebung von Krankenversicherungsbeiträgen und deren Verteilung auf (gesetzliche) Krankenkassen. Die Ausgabenseite behandelt wiederum die Verteilung der Mittel von den (gesetzlichen) Krankenkassen an die Leistungserbringer, also insbesondere Vertragsärzte und Krankenhäuser. Weitere Leistungsbereiche sind ambulant verschriebene Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und auch Leistungen der Prävention oder Rehabilitation.

Diese Gliederung in Einnahmen und Ausgaben hilft beim Verständnis der Zusammenhänge im deutschen Gesundheitssystem und soll in diesem Buch beibehalten werden. Mithin behandelt der nachfolgende Teil 1 die Frage, wie finanzielle Mittel in das Gesundheitssystem hinein gelangen und wie sie auf Krankenkassen verteilt werden.

## 1.1 Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung

Krankenversicherungsschutz bedeutet in Deutschland für den weitaus überwiegenden Teil der Bevölkerung (88 %; Jahr 2014) eine Absicherung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Pflichtversicherter, freiwillig Versicherter oder als beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger. In Deutschland sind die Prinzipien der GKV im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) ausformuliert. Das SGB V gilt zunächst nur für die GKV und in weiten Teilen nicht für die private Krankenversicherung (PKV). Die PKV weist abweichende Prinzipien, abweichende Gesetzesregelungen und somit auch abweichende Verpflichtungen und Rechte für den Versicherten, die Versicherung und teilweise auch Ärzte auf. Die Grundsätze der PKV werden gesondert dargestellt in **Kapitel 1.2**.

Einigen Prinzipien der GKV wird grundsätzlicher Charakter zuerkannt. Diese Prinzipien haben sich meist über Jahrzehnte hinweg herausgebildet und sind mehr

oder weniger präzise in Gesetzen hinterlegt oder gelten in der Bevölkerung beinahe als eine Art Gewohnheitsrecht, bei dem sich viele Bürger und Wähler eine grundsätzliche Abänderung überhaupt nicht mehr vorstellen können.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass historische Festlegungen unveränderbar sind oder den Charakter von Vorgaben aus dem Grundgesetz haben. Auch Eigenheiten der GKV, die vielen Bürgern heute als selbstverständlich vorkommen, sind änderbar. Die Diskussion vor der Bundestagswahl 2005 um eine Abschaffung von einkommensabhängigen Beiträgen oder die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern ohne Einkommen haben dies gezeigt (BMAS 2003).

Wichtigste grundsätzliche Vorgabe im Grundgesetz ist das Sozialstaatsgebot in Art. 20 Abs. 1 GG, nach dem die Bundesrepublik ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist. In Verbindung mit dem Verweis auf einen »sozialen Rechtsstaat« (Art. 28 Abs. 1 GG) wird aus der Verfassung ein Sozialstaatsgebot herausgebildet. Doch gilt das Grundgesetz auch für die PKV und die dort Versicherten. Demnach wäre auch eine Ausweitung der PKV und ihrer Prinzipien auf alle Bürger mit dem Grundgesetz vereinbar. Eine Zementierung der gegenwärtigen (sozialen) Errungenschaften der GKV aus dem Grundgesetz als Ewigkeitsgarantie abzuleiten, wäre sicher falsch.

Recht prominent wird bereits in § 1 SGB V auf die Solidargemeinschaft der GKV hingewiesen. Die GKV hat innerhalb dieser solidarischen Ausgestaltung zudem den Auftrag, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen bzw. ihren Gesundheitszustand zu bessern. Explizit wird darauf verwiesen, dass auch die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind.

Als Aufgabe der Krankenkassen sieht § 1 SGB V zudem Aufklärung, Beratung und Leistungsfinanzierung für die Versicherten sowie ein Hinwirken auf gesunde Lebensverhältnisse. Solidargemeinschaft bedeutet mithin, dass nicht jeder Bürger allein für seine Gesundheitsversorgung aufkommt, sondern in Beitragsgestaltung und Inanspruchnahme auf eine gegenseitige Hilfe als Rechtsanspruch (und nicht als Almosen oder willkürliche Entscheidung) vertrauen kann. Das Solidarprinzip kann in einer Krankenversicherung auch abweichend von den Prinzipien der GKV ausgestaltet werden. In der PKV gilt grundsätzlich das Äquivalenzprinzip, welches besagt, dass die Beitragshöhe sich an den zu erwartenden Leistungsansprüchen (also dem Risiko) ausrichtet. Auch hier besteht eine Solidarität innerhalb einer Versichertengemeinschaft, jedoch auf einer anderen Grundlage.

### 1.1.1 Versichertenkreis

Der Versichertenkreis der GKV gliedert sich in Pflichtmitglieder, freiwillige Mitglieder und (beitragsfrei) Familienversicherte. Die gesetzlichen Grundlagen für die Möglichkeiten der Versicherung finden sich in § 5 bis § 10 SGB V. Bedeutsame Ausnahmen der Versicherungspflicht in der GKV gelten für mehrere Personen-

gruppen (Details zu den Regelungen finden sich im SGB V, jedoch auch in der Informationsbroschüre des BMG [2013]):

- Arbeiter und Angestellte mit Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze). Diese Mitglieder mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können (müssen aber nicht) in die PKV wechseln.
- Beamte, Richter, Soldaten und Gleichgestellte (Gleichgestellte sind etwa Lehrer an Privatschulen, Geistliche).
- Selbstständige, auch wenn ihr Einkommen nicht oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.
- Minijobber mit einem Einkommen von höchstens 450 Euro pro Monat (Stand 2014).

Diese Ausnahmen von der Versicherungspflicht in der GKV sind weder durchweg rational aus der ökonomischen Theorie heraus zu erklären, noch folgen sie einem durchgängigen Muster. Vielmehr entwickelten sich die Ausnahmen aus historisch bedingten Sonderregelungen, politischen Steuerungswünschen und auch Finanzierungsengpässen. Unter dem Begriff der Bürgerversicherung wird diskutiert, für sämtliche Bevölkerungsgruppen einen einheitlichen Versicherungsrahmen zu setzen (► **Kap. 1.4.2**).

Historisch bedingt wurde in den Anfängen der Krankenversicherung nur für Arbeiter und Personen mit geringen Einkommen ein Schutz vorgesehen, da diese gesellschaftlichen Gruppen im Krankheitsfall sehr viel eher von finanzieller Überlastung (insbesondere durch Lohnausfall) bedroht waren als Bezieher hoher Einkommen (eine ausführliche Geschichte der Krankenversicherung findet sich z. B. bei Simon 2013). Da der Staat in den frühen Anfängen der Krankenversicherung Bezieher hoher Einkommen aussparte, haben sich private Versicherungsunternehmen dieser Personengruppe angenommen. Die PKV deckte somit eine Lücke ab, welche die GKV in ihren Anfangsjahren in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts offen gelassen hatte. Die sich daraus ergebenden Probleme des Übergangs zwischen gesetzlicher und privater Absicherung, der gezielten Selektion von günstigen Risikogruppen (bzw. der Abweisung von ungünstigen Risiken) etc. waren damals weder bekannt noch wurden sie problematisiert. Das Bewusstsein für die politischen und auch gesundheitsökonomischen Probleme einer Teilung des Versicherungsschutzes in der Bevölkerung entwickelte sich erst, seitdem Gesundheitsversorgung ein bedeutsamer Wirtschaftsfaktor mit erheblichem Einfluss auf Wettbewerbsfähigkeit, Lohnkosten und Einkommen geworden ist.

Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht in der GKV werden politisch und ökonomisch unterschiedlich bewertet. Die Sonderstellung von Beamten ist wesentlich dem Konstrukt der Beihilfe geschuldet. Die Beihilferegelung sieht vor, dass Beamte vom Staat (dem Dienstherrn) über eine teilweise Erstattung der Kosten einer Arztrechnung (bzw. anderweitiger Inanspruchnahmen) unterstützt werden. Beihilfe kann somit als Äquivalent zum Arbeitgeberbeitrag bei abhängig Beschäftigten interpretiert werden. Der Unterschied besteht wesentlich darin, dass Beihilfezahlungen für den Dienstherrn nur bei konkreter Inanspruchnahme von

Leistungen anfallen, ein Arbeitgeberbeitrag jedoch einkommensabhängig Monat für Monat unabhängig von tatsächlichen Inanspruchnahmen. Beamte schließen eine Krankenversicherung nur über den prozentualen Anteil an Leistungsrechnungen ab, den ihr Dienstherr nicht über die Beihilfe abdeckt. Diese Krankenversicherungen für Beamte werden derzeit ausschließlich über die PKV und nicht über die GKV angeboten.

### Beispiel

Übernimmt der Dienstherr über die Beihilfe 70 % des Betrags der Arztrechnungen seiner Beamten, schließt der Beamte eine Versicherung bei der PKV ab, die standardmäßig jeweils die restlichen 30 % des Betrags der Arztrechnungen übernimmt. Insgesamt hat der Beamte dann wie ein abhängig Beschäftigter einen Schutz von 100 %. Die Angebote der PKV für Beamte sind auf diese Konstruktion bereits ausgerichtet.

Möchte sich ein Beamter hingegen vollständig in der GKV versichern, muss er sowohl den Arbeitnehmer- als auch den Arbeitgeberbeitrag selbst tragen. Dies ist nahezu immer finanziell ungünstiger als der Abschluss einer Versicherung in der PKV über die nicht von der Beihilfe abgedeckten Kosten. Aus wettbewerblicher Sicht sinnvoller wäre es, wenn Beamte vom Dienstherrn zumindest ein Wahlrecht erhielten zwischen Beihilfe und den für Arbeitnehmer üblichen Arbeitgeberbeiträgen. Faktisch stellen Beamte derzeit eine Gruppe dar, die sich ohne Wettbewerbsmöglichkeiten in der PKV versichern.

### Hintergrund: Weshalb wird das Beihilfesystem nicht abgeschafft?

Offenbar sind derzeit Beihilfezahlungen, die nur fällig werden, sofern der Beamte tatsächlich zum Arzt geht, für Dienstherrn (noch) günstiger als die auch ohne Leistungsanspruchnahme fälligen Arbeitgeberbeiträge. Es kann vermutet werden, dass hierin, neben den oftmals betonten »hergebrachten Grundsätze[n] des Berufsbeamtentums« (Art. 33 Abs. 5 GG), ein wesentlicher Grund für die Sonderstellung der Beamten liegt. Werden in naher Zukunft Beamte ebenso überaltern wie der Rest der Gesellschaft, kann vermutet werden, dass für den Dienstherrn die Entrichtung von Arbeitgeberbeiträgen günstiger wird als die Beibehaltung der Beihilfe. Über erweiterte Wahlmöglichkeiten für Beamte wird dann sicher nochmals eine politische Diskussion erfolgen.

Dass Bezieher von Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze ebenfalls nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, kann besonders kritisiert werden. Es handelt sich bei dieser Personengruppe in der Tendenz um »gute Risiken«, also Mitglieder mit hohen Beitragszahlungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze und vergleichsweise geringen Leistungsanspruchnahmen. Ihre Abwanderung von der GKV in die PKV schwächt somit das Solidarprinzip in der Krankenversicherung.

Überschreitet das beitragspflichtige Einkommen die Versicherungspflichtgrenze, ändert sich für das gesetzlich versicherte Mitglied zunächst nichts, das Mitglied kann also durchaus in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. Lediglich der Status innerhalb der Krankenkasse ändert sich von Pflichtmitglied auf Freiwilliges Mitglied. Auch für die mitversicherten Familienangehörigen ändert sich nichts.

Ebenso wie für Bezieher hoher Einkommen gibt es auch eine Sonderstellung für Selbstständige. In der Historie handelte es sich dabei eher um gut situierte und zahlenmäßig begrenzte Gruppen der Gesellschaft. Zunehmend, insbesondere seit den 1980er Jahren, wurde Selbstständigkeit jedoch als Alternative zu einer angestellten Tätigkeit gesehen, die auch genutzt wurde, um höhere Flexibilität gegenüber einem Angestelltendasein zu bekommen. Unter anderem konnte Selbstständigkeit auch gewählt werden, um aus der gesetzlichen in die private Krankenkasse zu wechseln. Dies ist allerdings eine Verzerrung der Anreize, denn die Rahmenbedingungen für eine Berufstätigkeit sollten sich nicht nach dem Krankenversicherungsschutz richten, sondern nach der Produktivität.

Neben der freien Wahl des Krankenversicherungssystems besteht für Selbstständige (und auch freiwillig Versicherte) die Besonderheit, dass sie im Gegensatz zu Angestellten sämtliche Einkommensbestandteile offenlegen müssen und diese sämtlich der Beitragspflicht unterworfen sind. Dazu wird in der Regel von der gesetzlichen Krankenkasse vom Mitglied eine Einkommensteuererklärung verlangt, aus der das sozialversicherungspflichtige Einkommen hervorgeht. Auch diese Regelung kann dazu führen, dass Selbstständige eher in die PKV abwandern, da sie eine Offenlegung ihrer Einkommensteuererklärung gegenüber der Krankenversicherung ablehnen. In der PKV richten sich die Beiträge nach dem Risiko, eine Offenlegung der Einkünfte erfolgt nicht.

Für freiwillig Versicherte in der GKV ist die Pflicht zur Verbeitragung von Einkünften außerhalb der abhängigen Beschäftigung weniger bedeutsam. Da für freiwillig Versicherte in der Regel bereits die Arbeitsentgelte aus abhängiger Beschäftigung bis in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze reichen, ist es unerheblich, ob noch weitere Einkünfte bspw. aus Kapitaleinkünften oder Vermietung und Verpachtung bestehen. Zumindest aus Gründen der Offenlegung seiner Einkünfte muss kaum ein freiwillig Versicherter in die PKV wechseln.

### 1.1.2 Versicherungspflichtgrenze

Die Versicherungspflicht in der GKV endet mit dem Jahr, in dem das beitragspflichtige Einkommen des Mitglieds die Versicherungspflichtgrenze überschreitet und voraussehbar ist, dass sie auch im folgenden Jahr eine ähnliche Höhe aufweist.

Das Konstrukt der Versicherungspflichtgrenze war regelmäßig Gegenstand politischer Auseinandersetzungen, da ihre Höhe wesentlich darüber entscheidet, mit welchem Zulauf die PKV aus Mitgliedern und Versicherten der GKV rechnen kann. Neben der Verbeamtung oder der Aufnahme einer Selbstständigkeit ist das Erreichen der Versicherungspflichtgrenze ein wesentlicher Auslöser für den

Wechsel von der GKV in die PKV. Da Verbeamtung und Aufnahme einer Selbstständigkeit im Berufsleben weitaus seltener vorkommen bzw. weniger beeinflussbar sind, bot das Erreichen der Versicherungspflichtgrenze in der Vergangenheit für Pflichtmitglieder der GKV oftmals den Anlass für ein Überdenken des Versicherungsstatus.

Das Verfahren zur Festlegung der Versicherungspflichtgrenze ist in § 6 SGB V hinterlegt. Demnach wird die Grenze jährlich angepasst und zwar in dem Verhältnis, wie sich auch die Bruttolöhne und -gehälter der Arbeitnehmer im Kalenderjahr geändert haben. Der ermittelte Betrag wird auf ein Vielfaches von 450 gerundet, im Folgejahr wird jedoch wieder von dem ungerundeten Betrag ausgehend die Anpassung vorgenommen. Die jeweilige Grenze wird von der Bundesregierung in einer Rechtsverordnung festgelegt.

### **Hintergrund: Versicherungspflichtgrenze als politisches Instrument**

Bis Ende 2002 waren Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze in der Höhe identisch und betragen 75 % der Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit dem Jahr 2003 wurde die Versicherungspflichtgrenze in einem Sprung von 40.500 € auf 45.900 € angehoben, ein erklärter Angriff gegenüber der PKV, die damit erheblich weniger Zulauf von freiwillig Versicherten aus der GKV erhielt. Zudem wurde ab dem 26. März 2007 gültig, dass ein Mitglied nicht nur ein Jahr, sondern drei Jahre mit seinem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen musste (§ 6 Abs. 4 SGB V). Auch dies sollte dazu führen, dass weniger Mitglieder die GKV verlassen konnten in Richtung PKV. Diese letztere Regelung wurde zum 31.12.2010 wieder rückgängig gemacht, sodass bereits wieder ein Jahr mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze reicht, um in die PKV wechseln zu können.

### **Hintergrund: Versicherungspflichtgrenze und Versicherungspflicht**

Die Versicherungspflichtgrenze und die damit verbundene Pflicht gilt für die GKV und den möglichen Wechsel in den Status der freiwilligen Versicherung bzw. den möglichen Wechsel in die PKV. Darüber hinaus gibt es seit 1.1.2009 eine generelle Pflicht zur Krankenversicherung in Deutschland. Generell jeder Bürger muss sich krankenversichern. Während gesetzlich Versicherte dieser Pflicht mit ihrem Status in der GKV nachkommen, gilt für andere Personengruppen § 193 GVV (Gesetz über den Versicherungsvertrag). Demnach ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Diese Versicherung muss mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen und darf maximal einen Selbstbehalt von 5000 € pro Jahr aufweisen.

Der Anteil der freiwillig Versicherten an allen gesetzlich Versicherten unterscheidet sich zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen und auch Kassenarten teilweise deutlich. Somit weisen gesetzliche Krankenkassen ein unterschiedliches Potential an Versicherten auf, die bei Unzufriedenheit in die PKV abwandern können. Damit erklärt sich auch ein unterschiedliches Interesse der einzelnen Krankenkassen an der Verhinderung der Abwanderung in die PKV und umgekehrt der Initiierung von Angeboten, welche freiwillig Versicherte zum Verbleib in der GKV bewegen können.

### **Beispiel: Strategischer Wechsel der Krankenversicherung bei Rentnern**

Früher gab es von Rentnern teilweise Überlegungen zum strategischen Wechsel zwischen GKV und PKV. Bis zum Renteneintritt war das Einkommen vergleichsweise hoch und ein Wechsel in die PKV war daher finanziell günstig. Bei Renteneintritt stiegen die Beiträge in der PKV für Rentner jedoch weiter, während sie dann in der GKV durch die geringe Rentenhöhe absinken. Die Strategie, mit Renteneintritt wieder von der PKV in die GKV zu wechseln, wurde vom Gesetzgeber unterbunden, um diese Strategie der Minimierung solidarischer Beitragsfinanzierung zu verhindern. Für privat Versicherte wurde ab dem Alter von 55 Jahren die Rückkehr in die GKV ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn sie eigentlich versicherungspflichtig wären, also bspw. als Angestellter im Alter von 60 Jahren ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze beziehen. Der Wechsel in die PKV ist mithin für die meisten Mitglieder eine lebenslang wirksame unumkehrbare Entscheidung.

### **Beispiel: Ärzte**

Ärzte können sich generell ebenfalls gesetzlich oder privat versichern. Vertragsärzte können sich unabhängig von der Einkommenshöhe als Freiberufler privat absichern, Krankenhausärzte erst bei Überschreiten der Einkommensgrenze (Versicherungspflichtgrenze). Einige PKV-Unternehmen bieten zudem spezielle (niedrigere) Tarife für Ärzte an, wohl weil auch vermutet wird, dass Ärzte sich teilweise (gegenseitig) selbst kostengünstig therapieren.

## **1.1.3 Beitragsfreie Mitversicherung**

Ehegatten und Kinder sind beitragsfrei familienversichert, sofern sie kein eigenes Einkommen aufweisen, bzw. das Einkommen die vorgegebene Höhe (geringfügige Beschäftigung von 450 Euro pro Monat) nicht überschreitet. In der Regel besteht die Mitversicherung bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr. Sind sie dann nicht erwerbstätig, besteht die Mitversicherung bis zum 23. Lebensjahr. Absolvieren sie eine Ausbildung (oder Studium), besteht die Mitversicherung bis zum 25. Lebensjahr. Bei Behinderung des Kindes besteht eine dauerhafte Mitversicherung bei den Eltern.

### **Beispiel: Studierende**

Bis zum 25. Lebensjahr sind Studierende bei den Eltern mitversichert. Ab dem 25. Lebensjahr besteht für Studierende ein gesetzlich festgelegter Beitrag von bundeseinheitlich 64,77 € im Monat (Jahr 2013). Die Pflichtversicherung für Studierende endet (in der Regel) mit dem Studium, dem Ende des 14. Semesters oder mit dem Semester des 30. Lebensjahrs. Danach erfolgt eine freiwillige Versicherung, bei der ein Mindesteinkommen zugrunde gelegt wird. Einmalig können Studierende zu Beginn des Studiums entscheiden, ob sie dauerhaft in der PKV versichert sein möchten.

### **Beispiel: Wo sollen Kinder versichert werden?**

Ebenso wie bei dem Wechsel zwischen GKV und PKV existieren auch bei der beitragsfreien Mitversicherung strategische Überlegungen zur Beitragsminimierung. Während Kinder in der PKV einen eigenen Krankenversicherungsvertrag bekommen und für sie mithin Beiträge entrichtet werden, ist dies in der GKV nicht der Fall. Eine Konstellation wäre nun, dass in einer Familie der Hochverdiener in die PKV wechselt und dort seine Beiträge minimiert. Die Kinder verbleiben gesetzlich und beitragsfrei beim Ehepartner mit dessen niedrigem Einkommen versichert. Hier hat der Gesetzgeber jedoch eine Sperre vorgesehen. Es gilt: Übersteigt das Einkommen des privat versicherten Ehepartners die Versicherungspflichtgrenze und ist höher als das Einkommen des gesetzlich versicherten Partners, so müssen die Kinder privat abgesichert werden.

### **1.1.4 Gesetzlicher Rahmen der Beitragserhebung**

Die Finanzierung der GKV basiert auf mehreren Quellen (► **Abb. 1.1**), deren Anteil am gesamten Mittelaufkommen im Verlauf von Jahren teilweise gravierenden Änderungen unterlag. Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern machen den größten Anteil der Finanzierung aus, gefolgt von einem Bundeszuschuss. Dieser lag im Jahr 2013 bei 11,5 Mrd. Euro und soll auf 14 Mrd. Euro stabilisiert werden. Der aus Steuermitteln generierte Bundeszuschuss hat somit erheblichen Anteil an den gesamten Einnahmen der GKV von 189 Mrd. Euro in 2012. Zusatzbeiträge von Mitgliedern, wie sie bis Ende 2014 von Krankenkassen erhoben werden konnten, hatten nie einen relevanten Anteil für das Gesamtsystem erreicht.

### **Beitragsfinanzierung**

Wesentlicher Bestandteil des Solidarprinzips in der GKV ist die Tarifgestaltung. In § 3 SGB V ist diese solidarische Finanzierung für die GKV verankert. Demnach finanzieren sich die Krankenkassen wesentlich durch Beiträge, die von den Mitgliedern und den Arbeitgebern entrichtet werden. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Mitglieds, welche anhand des beitragspflichtigen Einkommens festgemacht wird.



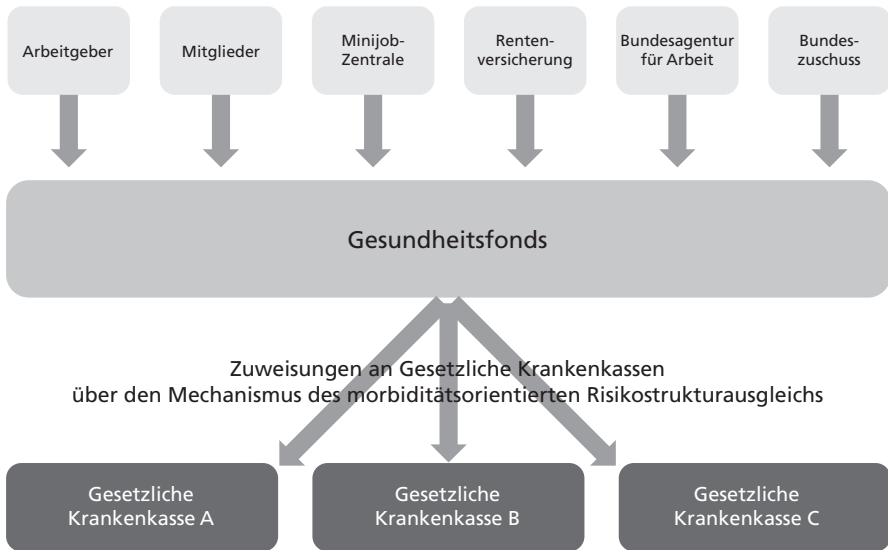


Abb. 1.1: Finanzierungsquellen der gesetzlichen Krankenversicherung

Solidarische Finanzierung bedeutet mithin, dass sich die Höhe der Versicherungsprämie nicht nach dem Risiko der Erkrankung (bzw. der Inanspruchnahme von Leistungen) richtet. Dem gegenüber steht das Äquivalenzprinzip, wie es bei einer privaten Finanzierung von Krankenversicherungen gilt. Das Äquivalenzprinzip sieht vor, dass innerhalb der Vorgaben des Gesetzgebers eine Übereinstimmung von Prämie und Risiko angestrebt wird (► Kap. 1.2).

Die Höhe des Beitrags wird in der GKV als Prozentsatz des monatlichen beitragspflichtigen Einkommens erhoben. Beiträge werden in der Regel vom Arbeitgeber unmittelbar vom Arbeitslohn abgezogen. Bis zum Jahr 2009 hatte jede Krankenkasse die Möglichkeit, ihren prozentualen Beitragssatz individuell festzulegen. Je niedriger der Beitragssatz war, desto attraktiver wurde natürlich die Krankenkasse und desto mehr Zulauf an Mitgliedern (bzw. umso geringere Abwanderung) erhoffte sie sich. Dieser Wettbewerb mittels des Beitragssatzes wurde ab Beginn des Jahres 2009 beendet, indem vom Gesetzgeber der Gesundheitsfonds (► Kap. 1.1.6) eingerichtet wurde. Alle Krankenkassen hatten seitdem einen identischen Beitragssatz. Im Jahr 2013 betrug er 15,5 %.

In einer neuerlichen Gesetzesänderung wurde ab dem Jahr 2015 prinzipiell wieder zu kassenindividuellen Beitragssätzen zurückgekehrt. Dies wurde erreicht, indem Krankenkassen auf einen einheitlichen Beitragssatz von 14,6 % jeweils Zusatzbeiträge erheben. Während der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % jeweils hälftig (paritätisch) von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wird, sind die darüber hinaus zu entrichtenden Zusatzbeiträge nur vom Arbeitnehmer zu tragen. Die Entrichtung der Zusatzbeiträge an die Krankenkassen erfolgt über den Arbeitgeber. Zusatzbeiträge dürfen wie der allgemeine Beitragssatz nur als Prozentpunkte vom beitragspflichtigen Einkommen erhoben werden und nicht

als absolute Eurobeträge. Da sich die Zusatzbeiträge zwischen Krankenkassen unterscheiden können, stellen sie einen wesentlichen Wettbewerbsfaktor bei der Wahl einer Krankenkasse dar.

Neben diesem Allgemeinen Beitragssatz existiert der ermäßigte Beitragssatz. Er gilt für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, die keinen Anspruch haben auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

### Hintergrund: Beitragspflichtige Einnahmen

Da sich die Beitragshöhe nach den sogenannten beitragspflichtigen Einnahmen richtet, ist deren Definition von entscheidender Bedeutung. Sie sind gemäß § 226 SGB V im Wesentlichen definiert als das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (also etwa das Gehalt eines Angestellten), der Altersrente sowie gleichgestellten Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, soweit diese neben einer Altersrente oder Versorgungsbezügen erzielt werden. Somit können wesentliche Einkommensbestandteile zwar der Einkommensbesteuerung unterliegen, nicht jedoch der Beitragspflicht in der Krankenversicherung. Dies sind insbesondere Einkommen aus Kapital sowie aus Vermietung und Verpachtung. Diese Ungleichbehandlung von Einkommensarten in der Verbeitragung kann zu erheblichen Verzerrungen führen, wenn Personen mit gleicher Einkommenshöhe diese aus unterschiedlichen Quellen beziehen. Ein Vermieter könnte bei gleichem Einkommen mit erheblich weniger Beiträgen zur Krankenversicherung rechnen als ein Angestellter, obwohl beide die gleiche finanzielle Leistungsfähigkeit aufweisen. Der Grund für die wenig gerechte Definition des beitragspflichtigen Einkommens liegt wesentlich in der praktischen Umsetzbarkeit einer Verbeitragung von bspw. Mieteinnahmen und der vermuteten politischen Schwierigkeit einer Durchsetzung. Im Rahmen der Diskussion einer Bürgerversicherung wird immer wieder diskutiert, sämtliche Einkommensbestandteile einheitlich zu verbeitragen (► **Kap. 1.4.2**).

### Hinweis: Parität

Kerngedanke der paritätischen Aufteilung der Beiträge zur Krankenversicherung ist, dass sich auch Arbeitgeber an den Bemühungen um Gesundheit ihrer Arbeitnehmer bemühen sollen. Sie profitieren durch hohe Arbeitsproduktivität von der Gesundheit der Arbeitnehmer und sollen daher auch (finanziell) in die Verantwortung genommen werden, sodass im Arbeitsprozess diese Gesundheit erhalten bleibt. Entsprechend sitzen Arbeitgeber (bei den Ersatzkassen) auch in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung.

Aus ökonomischer Sicht kann Parität hingegen auch als Kostenüberwälzung interpretiert werden. Für den Arbeitgeber sind Krankenversicherungsbeiträge