

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0154
vom 08.05.03

15. Wahlperiode**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Stellungnahme

**„Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP
zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze
in der gesetzlichen Krankenversicherung
und in der gesetzlichen Rentenversicherung“
(Beitragssatzsicherungsgesetz – BBSichG)
– Bundestagsdrucksache 15/542 –**

und

**„Antrag der Fraktion der CDU/CSU zur Aufhebung der gesundheitspolitischen
Maßnahmen im Beitragssatzsicherungsgesetz“ (BSSichG)
– Bundestagsdrucksache 15/652 (neu) –**

Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung

21. Mai 2003

Berlin

Berlin, den 12. Mai 2003

1 Grundsätzliche Anmerkungen

Der durchschnittliche **Beitragssatz** in der gesetzlichen Krankenversicherung ist von 13,6 Prozent in 2001 über 14,0 Prozent in 2002 auf jetzt 14,3 Prozent zum 1. Januar 2003 gestiegen. Diese Zunahme um insgesamt 0,7 Prozentpunkte belastet die Beitragszahler – Versicherte und Betriebe – auf Jahresbasis mit zusätzlich 7 Mrd. €. Steigt der durchschnittliche Beitragssatz bis Ende 2003 weiter auf **15 Prozent**, wie von vielen Experten und Sachverständigen erwartet (u.a. Prof. Rürup und Prof. Lauterbach), dann resultiert daraus sogar eine Mehrbelastung von **14 Mrd. €** pro Jahr.

Das ist vor dem Hintergrund a) der bereits seit Jahren deutlich überhöhten Beitragssätze in der Sozialversicherung bzw. gesetzlichen **Personalzusatzkosten** sowie b) der kräftigen Beitragssatzerhöhungen auch in der gesetzlichen **Rentenversicherung** von 19,1 auf 19,5 Prozent zum 1. Januar 2003 und voraussichtlich 20 Prozent zu Beginn des nächsten Jahres wirtschafts- und beschäftigungsfeindlich, sozial- und gesellschaftspolitisch unverantwortlich. In letzter Konsequenz führt diese Entwicklung in einen **Teufelskreis** aus höheren Beitragssätzen und sinkender Beschäftigung, in dem alle Beteiligten nur verlieren können.

2 Wirkliche Strukturreformen

Mit dem „Beitragssatzsicherungsgesetz“ (BSSichG), das von vornherein lediglich als „**Beitragssatzerhöhungsbegrenzungsgesetz**“ konzipiert war, konnte selbst diese Zielsetzung nicht erreicht werden. Dafür waren die hierin enthaltenen Maßnahmen – mit Blick auf die wirklich erforderlichen **Strukturreformen** – von vornherein untauglich. Die aktuelle und kurzfristig zu erwartende weitere Beitragssatzentwicklung bestätigt diese Einschätzung nachdrücklich. Erforderlich sind statt dessen endlich wirkliche – durchgreifende und nachhaltige – Reformmaßnahmen sowohl auf der **Leistungs-** als auch auf der **Finanzierungsseite**.

Ziel muss sein, a) kurzfristig über eine Konzentration des gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabenkatalogs auf eine **BASISSICHERUNG MIT KERNLEISTUNGEN** den durchschnittlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung umgehend wieder auf **unter 12 Prozent** zu senken bzw. den Arbeitgeberanteil hieran gesetzlich auf höchstens 6 Prozent festzuschreiben sowie b) mittelfristig bei der Finanzierung auf ein **KOPF-PAUSCHALEN-MODELL** zur Entkoppelung der Krankenkosten von den Arbeitskosten überzugehen. Beides ist ohne Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung der Bürger und ohne finanzielle

Überforderung des Einzelnen möglich. Das BDA-Präsidium hat hierzu am 28. April 2003 folgenden Beschluss gefasst:

In der GKV besteht hoher **Handlungsbedarf**. Der durchschnittliche Beitragssatz hat einen historischen Höchststand von 14,3 vH erreicht. Das derzeitige **Defizit** der Krankenkassen beträgt etwa 5 bis 6 Mrd. €, so dass weitere Beitragssatzsteigerungen noch im laufenden Jahr bereits absehbar sind.

1. Kurzfristig erforderliche Strukturreformen

Reformen müssen vorrangig auf der **Ausgabenseite** ansetzen, da die drängendsten Probleme der GKV in unkontrolliert wachsenden Ausgaben und ineffizienter Mittelverwendung bestehen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt in seinem „Jahresgutachten 2003“ auf ein Entlastungspotenzial im Bereich der kollektiv finanzierten GKV in der Größenordnung von **40 Mrd. €**.

a) Notwendig sind vor allem die Erschließung von **Wirtschaftlichkeitsreserven** im Gesundheitswesen und die Stärkung marktwirtschaftlicher Steuerungsprozesse bzw. die Einführung von mehr Wettbewerb und Transparenz. Dies schließt die Rückführung des **Risikostrukturausgleichs** auf ein Mindestmaß ein. Die bislang vom BMGS vorgesehenen Maßnahmen sind zwar ein Schritt in die richtige Richtung, reichen aber bei weitem nicht aus. Insbesondere muss im ambulanten wie im stationären Bereich durch **Vertragsfreiheit** zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern der Wettbewerb ausgebaut werden.

b) Als Pflichtversicherung kann die GKV künftig lediglich eine **Basissicherung** enthalten. Leistungen, die der Einzelne selbst tragen kann oder eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen, müssen daher aus dem paritätisch finanzierten Leistungskatalog der GKV gestrichen werden. Die Vorschläge der Rürup-Kommission zur Auslagerung des **Krankengeldes** (7,5 Mrd. €) und zur Steuerfinanzierung **versicherungsfremder Leistungen** (4,5 Mrd. €) sind daher zu begrüßen. Darüber hinaus sollten aber auch **Zahnbehandlung und Zahnersatz** (11 Mrd. €) sowie als weitere Option die Krankheitskosten durch **private Unfälle** aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen werden (10 Mrd. €).

c) Die **Eigenbeteiligung** im Gesundheitswesen muss ausgebaut werden. Der von der Rürup-Kommission vorgeschlagene Ausbau der **Zuzahlungsregelungen** (10 Mrd. €) geht daher in die richtige Richtung.

d) Durch entsprechende durchgreifende Strukturreformen lässt sich der durchschnittliche Beitragssatz kurzfristig um über 3 Prozentpunkte und damit auf **unter 12 vH** senken. Daher sollte der Arbeitgeberbeitrag auf **maximal 6 vH** festgeschrieben werden.

2. Umstellung der Finanzierung der GKV

Die Finanzierung der GKV muss mittelfristig vom **Arbeitsverhältnis** abgekoppelt werden. Die Rürup-Kommission hat zu Recht festgestellt, dass die derzeit ausschließliche Lohnfinanzierung beschäftigungsfeindlich und insgesamt nicht zukunftsfähig ist und daher noch in diesem Jahrzehnt ein Wechsel auf ein neues **Finanzierungssystem** erfolgen muss.

Unter den beiden von der Rürup-Kommission empfohlenen Finanzierungswegen a) einer einkommensabhängigen Versicherung aller Erwerbstätigen in der GKV einerseits sowie b) einem System einkommensunabhängiger **Gesundheitsprämien** mit steuerfinanziertem sozialen Ausgleich und Beibehaltung der **privaten Krankenversicherung** auch als Vollversicherung ist die letztgenannte Alternative vorzuzugswürdig. Insbesondere kann nur durch das Gesundheitsprämienmodell eine endgültige Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitseinkommen gewährleistet werden. Voraussetzung für eine Umsetzung des Gesundheitsprämienmodells ist ein ausreichender **sozialer Ausgleich**, damit Bezieher geringer Einkommen nicht überfordert und mögliche negative Auswirkungen auf das untere (Tarif-)Lohngefüge vermieden werden.

Hierbei ist zu beachten, dass zum einen – als jeweiliges Pendant zu den vorgeschlagenen Leistungsausgliederungen – die Arbeitgeber bzw. Betriebe pro Jahr 34 Mrd. € für die **Ent-**

geltfortzahlung sowie 12 Mrd. € für die Unfallversicherung über die **gewerblichen Berufsgenossenschaften**, also für beides zusammen 46 Mrd. € aufzubringen haben. Zum anderen stehen den Mehrbelastungen für die Versicherten erhebliche **Beitragssatzsenkungen** bzw. Entlastungen gegenüber.

3 Aufhebung des Großhandelsabschlags (BT-DS 15/542)

Die mit dem BSSichG eingeführten höheren Rabatte bzw. **Zwangsrabatte** für Hersteller, Großhandel und Apotheken zur Entlastung der Krankenkassen stellen eine dirigistische und **einseitige Maßnahme** dar, zumal die Hersteller bereits im Zusammenhang mit dem „Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz“ in Vorleistung getreten sind. Die Nachfrager bzw. Patienten, die den Arzneimittelumsatz zu Lasten der Krankenkassen bzw. der Beitragszahler entscheidend mitbestimmen, werden nicht zur Kostendämpfung – z.B. über Negativlisten und höhere Zuzahlungen – in die Verantwortung genommen. Das ist auch deswegen unverständlich, weil Deutschland im internationalen Vergleich bei den **Zuzahlungen**, die mit den „Korrekturgesetzen“ zu Beginn der letzten Legislaturperiode sogar gesenkt wurden, mit deutlichem Abstand am Ende der Rangskala steht. Auch die verordnenden Ärzte bleiben – mit Ausnahme der generellen gesetzlichen Festschreibung der Vergütungen für 1 Jahr – außen vor.

Mit dieser interventionistischen und einseitigen Maßnahme werden darüber hinaus nicht die eigentlichen Rahmenbedingungen oder **Ursachen** angegangen, die erst zur Kostenexpansion auf dem Arzneimittelmarkt bzw. in diesem Leistungsbereich geführt haben. Statt hier überstürzt zu Instrumenten zu greifen, die ordnungspolitisch fragwürdig und in ihren **Gesamt- bzw. Folgewirkungen** nicht hinreichend überdacht waren, hätten vielmehr in einer wirklichen **umfassenden Strukturreform** die Probleme angegangen und einer Lösung zugeführt werden müssen. Im Vordergrund haben hierbei marktwirtschaftliche Steuerungsprozesse und eine größere Eigenverantwortung der Versicherten zu stehen.

Eine isolierte **Aufhebung** von Artikel 11 des BSSichG – ohne kompensierende Alternativ- bzw. Gegenmaßnahmen kann allerdings vor dem Hintergrund der aktuellen und kurzfristig zu erwartenden Finanz- und Beitragssatzentwicklung nicht befürwortet werden. Der Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP muss deshalb um finanziell mindestens gleichwertige Einspar- bzw. **Entlastungsvorschläge** (siehe oben) ergänzt werden. Das in der Begründung angeführte Beschäftigungsargument, Artikel 11 BSSichG führe zur „Vernichtung zahlreicher Arbeitsplätze im Gesundheitswesen“ ist hier fehl am Platz, denn eine weitere

Verteuerung der gesetzlichen Krankenversicherung zöge auf der anderen Seite Arbeitsplatzverluste in Branchen außerhalb des Gesundheitswesens nach sich. Die gesetzliche Krankenversicherung kann und darf nicht als Instrument zur **Beschäftigungs- und Einkommenssicherung** im Gesundheitswesen zu Lasten aller anderen Betriebe und Unternehmen missbraucht werden.

4 Rückgängigmachung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im BSSichG (BT-DS 15/652 neu)

Die geforderte **Rücknahme** der mit dem BSSichG a) halbierten Sterbegelder, b) angehobenen Versicherungspflichtgrenze, c) verordneten Nullrunden bei den Vergütungen von Krankenhäusern, Ärzten und Zahnärzten sowie d) erzwungenen Preisnachlässe bei den Zahn-technikern und Apotheken, dem pharmazeutischen Großhandel und der pharmazeutischen Industrie kommt einer Aufhebung des gesamten BSSichG für die gesetzliche Krankenversicherung gleich und kann in dieser **Undifferenziertheit** nicht unterstützt werden.

a) Die Halbierung des **Sterbegeldes** – als versicherungsfremde Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht über Beiträge der Versicherten und Betriebe finanziert werden darf – war **richtig** und zugleich inkonsequent. Das Sterbegeld sowie alle anderen versicherungsfremden Leistungen müssen künftig vom Einzelnen zu eigenen Lasten oder – falls politisch gewünscht – aus dem allgemeinen **Steueraufkommen** finanziert werden.

b) Die außerordentliche – von der vorangegangenen Lohn- und Gehaltsentwicklung vollkommen losgelöste – Anhebung der monatlichen **Versicherungspflichtgrenze** zum 1. Januar 2003 um 450 € bzw. 13,3 Prozent auf 3.825 € war ordnungs- und wirtschaftspolitisch vollkommen **falsch**. Hierdurch wurden den Versicherten **Wahlrechte** genommen sowie der **Wettbewerb** zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung verringert, auch mit der Folge von noch mehr Ineffizienzen und **Unwirtschaftlichkeiten** im System. Statt noch höhere Schutzzäune zugunsten der gesetzlichen Kassen zu errichten, müssen diese durch wirklich ausgabensenkende Strukturreformen konkurrenzfähig gemacht werden. Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist deshalb umgehend **rückgängig** zu machen, zumal hiermit keine spürbaren Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden bzw. in diesem Zusammenhang keine kompensierenden Alternativmaßnahmen erforderlich sind.

c) Demgegenüber ist die Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen bzw. die „**Nullrunde**“ für vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen sowie für statio-

näre Krankenhausleistungen für 1 Jahr auf dem Stand von 2002 – auch wenn es sich um einen dirigistischen Staatseingriff handelt – als **Kurzfristmaßnahme** zur Beitragssatzstabilisierung bzw. zur Begrenzung des weiteren Beitragssatzanstiegs durchaus geeignet und akzeptabel. Auf diese 3 großen Leistungsbereiche entfallen immerhin fast **60 Prozent** der gesamten Leistungsausgaben, wobei die veranlassten Leistungen hier noch nicht eingerechnet sind. Hierbei ist zugleich zu sehen, dass im Krankensektor unverändert erhebliche **Überkapazitäten** und Rationalisierungsreserven bestehen, belegt u.a. an den im internationalen Vergleich nach wie vor zu langen Verweildauern und zu großen Bettenzahlen. Das gilt zugleich für die ambulante ärztliche Versorgung. Hier hat sich die Zahl der niedergelassenen Ärzte je 10.000 Einwohner von 1991 bis 2001 von 11,8 auf 14,8 erhöht, d.h. um 25,4 Prozent.

Bezogen auf den Krankensektor ist allerdings anzumerken, dass durch die im „Zwölften SGB V Änderungsgesetz“ enthaltene **Nachmeldefrist** zum „vorzeitigen“ Beitritt in das neue **Fallpauschalensystem** (DRG) die Zahl der Krankenhäuser, die hieran teilnehmen wollen, mittlerweile auf rund 1.300 gestiegen ist, wobei in sehr vielen Fällen allein die Zielsetzung im Vordergrund steht, der Nullrunde zu entgehen. Damit wird die Ausnahme zum **Normalfall** und kann das eigentliche Ziel von vornherein gar nicht mehr erreicht werden. Auf diese Weise droht das – bei richtiger Ausgestaltung sachgerechte und kostensenkende – Fallpauschalengesetz sogar zu einem weiteren Kostentreiber zu werden.

d) Voraussetzung für solche Preisstopps sind allerdings umgehende – durchgreifende und nachhaltige – **Strukturreformen**. Anderenfalls drohen Interventionsspiralen zum Nachteil aller Beteiligten und des Gesamtsystems. Eine **Stabilisierung** der Krankenkassenausgaben auf dem Niveau von 2002 reicht aber nicht aus. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein Entlastungs- bzw. Rationalisierungspotenzial von insgesamt bis zu **40 Mrd. €**, das – ohne Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sowie ohne finanzielle Überforderung des Einzelnen – auch erschlossen werden kann und konsequent erschlossen werden muss. Die hierzu erforderlichen Maßnahmen sind umgehend, d.h. im Rahmen des „**Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes**“ (GMG), das zum 1. Januar 2004 in Kraft treten soll, in Angriff zu nehmen.

Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Stabilisierung des durchschnittlichen Beitragssatzes – bzw. Begrenzung des Beitragssatzanstiegs – waren auch im Bereich der Zahntechnik unverzichtbar. Die gesetzlich ergriffenen Maßnahmen fielen aber, ebenso wie die zum Arzneimittelmarkt, sehr **einseitig** aus, zumal es neben einer gesetzlichen Festbeschreibung der Vergütungen für 1 Jahr auf dem Stand von 2002 zugleich zu einer gesetzli-

chen **Senkung der Höchstpreise** für zahntechnische Leistungen um pauschal 5 Prozent gekommen ist. Auch hier wäre der weitaus bessere Weg – statt überstürzter und unüberdachter Schnellschüsse – gewesen, die Probleme im Rahmen einer **wirklichen Strukturreform** zu lösen, in der alle Beteiligte ihren Beitrag zu leisten haben und die tatsächlichen Ursachen der Kostenentwicklung angegangen werden. Eine Aufhebung der entsprechenden Vorschriften im BSSichG verlangt alternative Vorschläge zur Sicherung eines gleichwertigen Entlastungspotenzials.

Zu den staatlich verordneten Preisnachlässen bzw. **Zwangsrabatten** im Arzneimittelbereich siehe **Abschnitt 3** dieser Stellungnahme.

5 Zusammenfassende Wertung

Vor dem Hintergrund der deutlichen **Beitragssatzerhöhungen** in der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2002 und den im laufenden Jahr zusätzlich zu erwartenden kräftigen Beitragssatzanhebungen sind der Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP (Bundestagsdrucksache 15/542) sowie der Antrag der Fraktion der CDU/CSU (Bundestagsdrucksache 15/652 neu) nicht zu befürworten. In beiden Fällen sollen lediglich bestehende gesetzliche Regelungen **außer Kraft** gesetzt werden, d.h. es fehlen **Alternativvorschläge** für eine gleichwertige Entlastung der Beitragszahler. Das gilt selbst angesichts der Tatsache, dass die im BSSichG enthaltenen Regelungen zu einem sehr großen Teil ordnungs-, wirtschafts- und wettbewerbspolitisch fragwürdig sind.

E N D E
