

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0056(8) Gel. VB zur Anhörung am 7.7. 2010_Solo-Selbstständige 01.07.2010</p>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.06.2010 zur öffentlichen Anhörung des Aus- schusses für Gesundheit am 07.07.2010 zum

- Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/548)
- Antrag „Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/674)
- Antrag „Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbstständige bezahlbar gestalten“ der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/777)
- Antrag „Private Kranken- und Pflegeversicherung - Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige“ der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/780)
- Antrag „Paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder herstellen“ der Fraktion der SPD (Drucksache 17/879)



Inhalt

- I. Vorbemerkung
- II. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/548)
- III. Stellungnahme zum Antrag „Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/674)
- IV. Stellungnahme zum Antrag „Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbstständige bezahlbar gestalten“ der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/777)
- V. Stellungnahme zum Antrag „Private Kranken- und Pflegeversicherung - Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige“ der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/780)
- VI. Stellungnahme zum Antrag „Paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder herstellen“ der Fraktion der SPD (Drucksache 17/879)

I. Vorbemerkung

Der gesetzlichen Krankenversicherung droht für das Jahr 2011 ein geschätztes Defizit von 9 - 11 Mrd. Euro.

Zur Vermeidung eines im Jahr 2011 rapide ansteigenden Insolvenz- bzw. Schließungsrisikos in der Krankenversicherung ist der Gesetzgeber dringend aufgefordert, gesetzliche Maßnahmen auf der Ausgaben- wie Einnahmenseite zu tätigen.

Zur Begrenzung des drohenden Ausgabenanstiegs in 2011 hat der GKV-Spitzenverband konkrete Vorschläge für die Bereiche der ambulanten wie stationären Versorgung sowie für die Arzneimittelversorgung unterbreitet. Das vorgeschlagene Einsparvolumen summiert sich auf einen Betrag von 4 - 5 Mrd. Euro. Diese Maßnahmen sind geeignet, einen substantiellen Beitrag zur kurzfristigen finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.

Über diese kurzfristig und diskretionär angelegten Maßnahmen hinaus darf zugleich nicht aus dem Blick geraten, dass baldigst langfristig wirksame, strukturelle Reformen auf den Weg gebracht werden, die die Weiterentwicklung einer am Wettbewerbsprinzip orientierten Krankenversicherung zum Ziel haben. Mit einer sinnvollen Bündelung der fachärztlichen Versorgung, dem Verzicht auf die drohende Monopolisierung der hausärztlichen Versorgung, der Zulassung von selektiven Verträgen der Krankenkassen für planbare Leistungen im Krankenhaus, der Konzentration von Innovationen in der stationären Versorgung auf ausgewählte Zentren, der Liberalisierung des Apothekenmarktes sind beispielhaft Vorschläge genannt, mit der eine nachhaltige Stabilisierung der GKV erreicht werden könnte.

Neben den notwendigen Reformen auf der Ausgabenseite ist der Gesetzgeber aufgefordert, parallel eine nachhaltige Reform der Finanzierungsseite auf den Weg zu bringen, die eine ausreichende Finanzausstattung der Krankenversiche-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.06.2010
zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 07.07.2010 (Bundestagsdrucksachen 17/548, 17/674,
17/777, 17/780 und 17/879)



zung bei möglichst weitgehender Finanzautonomie der einzelnen Krankenkassen sicherstellt.

Die in den Anträgen angesprochenen Krankenversicherungsbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, immerhin ein Personenkreis von rund 3 Mio. GKV-Mitgliedern, stellen einen Grund für das strukturelle Einnahmenproblem der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Die Übernahme angemessener Krankenversicherungsbeiträge für diesen Personenkreis würde die GKV direkt von dem schrittweise und unsachgerechter Weise aufgebürdeten Arbeitsmarktrisiko befreien und jährlich um rd. 4 - 5 Mrd. Euro entlasten. Dies wäre bereits ein wichtiger Baustein für eine ordnungspolitisch stringente Finanzreform der GKV.

Darüber hinaus gilt die Übernahme angemessener Krankenversicherungsbeiträge auch für hilfebedürftige Personen, die aufgrund Alters oder eingeschränkter Erwerbsfähigkeit nicht mehr zum Kreis der Arbeitslosengeld II-Bezieher gehören, sondern Sozialhilfeleistungen erhalten und freiwillig versichert oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind. Dem monatlichen Beitragsaufkommen in Höhe von durchschnittlich 140 Euro stehen gerade im Hinblick auf ihr Alter bzw. ihre eingeschränkte Erwerbsfähigkeit weit höhere Leistungsausgaben gegenüber.

Zu den fünf Anträgen nimmt der GKV-SV im Einzelnen wie folgt Stellung.

II. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Benachteiligung von privat versicherten Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/548)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für privat versicherte Hilfebedürftige, die Arbeitslosengeld II (Alg II) beziehen, sollen die heute für diesen Personenkreis im Basistarif geltenden Höchstbeiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung auf die Höhe der in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung geltenden Beiträge begrenzt werden. Damit soll eine Gleichbehandlung der privaten Krankenversicherung (privaten Pflegeversicherung) mit der gesetzlichen Krankenversicherung (sozialen Pflegeversicherung) erreicht werden: Beide Systeme gewähren in diesen Fällen einen vergleichbaren Versicherungsschutz. Ergo sollen sie auch gleich hohe Versicherungsbeiträge erhalten.

B) Stellungnahme

Der für den Personenkreis der privat versicherten Hilfebedürftigen vorgelegte Gesetzentwurf zielt auf eine Gleichbehandlung der in den beiden Krankenversicherungssystemen versicherten Alg II-Empfänger.

Während der von der vorgeschlagenen Neuregelung begünstigte Personenkreis in der privaten Krankenversicherung mit weniger als 3.000 Versicherten beziffert wird, ist der weit überwiegende Teil der Bezieherinnen und Beziehern von Alg II gesetzlich versichert. Zurzeit sind dies etwa 3 Mio. Personen. Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung verhindert das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, dass die gesetzlich versicherten Alg II-Empfänger mit eigenen Krankenversicherungsbeiträgen belastet werden. Das Einnahmendefizit trägt hier die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten, die seit langem vor dem Problem steht, für diesen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.06.2010
zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 07.07.2010 (Bundestagsdrucksachen 17/548, 17/674,
17/777, 17/780 und 17/879)



großen Personenkreis keine angemessenen Beiträge zu erhalten. Monatlichen Einnahmen von 126,05 Euro stehen durchschnittliche Ausgaben von 260 Euro gegenüber. Gemessen an durchschnittlich kostendeckenden Beiträgen besteht an dieser Stelle für die GKV - je nach Beschäftigungsentwicklung - ein strukturelles Einnahmedefizit von 4 - 5 Mrd. Euro.

Der GKV-Spitzenverband fordert daher, dass der Bund für gesetzlich versicherte Alg II-Bezieherinnen und -Bezieher die Zahlung von angemessenen, an den Durchschnittsausgaben der GKV orientierten Beiträgen sicherstellt.

C) Änderungsvorschlag

Weiterer Regelungsbedarf:

Es ist eine gesetzliche Änderung notwendig, die die Zahlung von angemessenen, an den Durchschnittsausgaben der GKV orientierten Krankenversicherungsbeiträgen für Alg II-Bezieher durch den Bund sicherstellt.

III. Stellungnahme zum Antrag „Keine Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/674)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung soll vom Bundestag aufgefordert werden, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Übernahme der Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II durch den Bund vorsieht.

B) Stellungnahme

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird begrüßt.

Erheben Krankenkassen mangels ausreichender Zuweisungen des Fonds Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern, haben auch Alg II-Bezieher diese zu tragen. Werden Zusatzbeiträge bis monatlich 8 Euro erhoben, gilt auch für Alg II-Bezieher die Begrenzung auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen nicht. Die Alg II-Bezieher sind selbst zur Zahlung verpflichtet, ein Quellenabzug durch die Arbeitsverwaltung erfolgt nicht. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) kann die Zusatzbeiträge für Alg II-Bezieher in den Fällen übernehmen, in denen der Wechsel zu einer Krankenkasse ohne Zusatzbeitrag für das Mitglied eine besondere Härte bedeuten würde oder soweit das Mitglied allein durch die Zusatzbeiträge hilfebedürftig würde (§ 26 Abs. 4 SGB II). Die BA hat hierzu mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales „Hinweise für die Übernahme des Zusatzbeitrages durch die Träger unter Anwendung der besonderen Härte gemäß § 26 Absatz 4 Satz 1 SGB II“ abgestimmt. Diese Hinweise erlauben die Einschätzung, dass Härtefälle nur in engen Grenzen anerkannt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.06.2010
zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 07.07.2010 (Bundestagsdrucksachen 17/548, 17/674,
17/777, 17/780 und 17/879)



Für die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet dies, dass auf die Krankenkassen mit zunehmender Zusatzbeitragserhebung insbesondere für den hilfebedürftigen Personenkreis ein hohes Beitragsausfallrisiko zukommt. Erste Erfahrungen bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen deuten auf ein Ausfallrisiko von bis zu 30 Prozent hin. Diese Inkassoproblematik könnte durch die geforderte Übernahme der Zusatzbeiträge durch den Bund deutlich gemindert werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

IV. Stellungnahme zum Antrag „Gesetzliche Krankenversicherung für Solo-Selbstständige bezahlbar gestalten“ der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/777)

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Bundesregierung soll vom Bundestag aufgefordert werden, eine definitorische Abgrenzung von Solo-Selbstständigen vorzunehmen und für die insoweit abgegrenzte Teilgruppe der freiwillig gesetzlich versicherten Selbstständigen bei der Beitragsbemessung die allgemeine, d.h. die auf den 90. Teil (statt des 40. oder 60. Teils) der monatlichen Bezugsgröße geminderte, Mindestbeitragsbemessungsgrenze nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zugrunde zu legen.
- b) Darüber hinaus soll die Bundesregierung prüfen, ob die auf § 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V fußenden Satzungsregelungen der Krankenkassen über eine Ermäßigung, Stundung oder den Verzicht auf Beitragsforderungen ausreichen, das Ziel eines Krankenversicherungsschutzes für alle Menschen zu erreichen.

B) Stellungnahme

- a) Der Antrag der Fraktion DIE LINKE wird kritisch bewertet, weil erstens eine präzise und unter Gerechtigkeitsaspekten vertretbare Abgrenzung des Personenkreises sehr schwierig ist. So wäre es schwer begründbar, weshalb ein hauptberuflich selbstständig tätiger Kioskbetreiber, der – z. B. weil alleinstehend – auf die Beschäftigung eines Mitarbeiters angewiesen ist, bei gleichen Einnahmen anders zu behandeln wäre, als ein Kioskbetreiber, der keinen Mitarbeiter beschäftigt.

Zweitens kann die gesetzliche Krankenversicherung in der gegenwärtigen finanziellen Situation keine beitragsrechtliche Neuregelung begrüßen, die mit einem nicht unerheblichen Verzicht auf Beitragseinnahmen für die Solidargemeinschaft verbunden wäre. Insofern wird – in Einklang mit der Forderung nach angemessenen Beiträgen für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II – zur Erreichung des angestrebten Ziels eine Anpassung der Regelungen im SGB II angeregt.

Im Übrigen hat auch das Bundesverfassungsgericht die in § 240 SGB V gewählte Konstruktion abgestufter Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillig versicherte Mitglieder als verfassungsgemäß bewertet.

Für die Beitragsbemessung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, zu denen die so genannte Gruppe der Solo-Selbstständigen gehört – sieht § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V vor, dass die Beiträge grundsätzlich auf der Basis der Beitragsbemessungsgrenze zu berechnen sind.

Eine von der Beitragsbemessungsgrenze abweichende Beitragsfestsetzung ist lediglich bei Nachweis niedrigerer Einnahmen möglich; in diesen Fällen beträgt die kalendertägliche Bemessungsgrundlage jedoch mindestens den 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Für bestimmte Gruppen hauptberuflich Selbstständiger hat der Gesetzgeber eine Art Härteklauselel vorgesehen, die hauptberuflich Selbstständigen mit geringem Arbeitseinkommen bzw. den Berufsanfängern (Existenzgründern) die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsrechtlich begünstigt. Für hauptberuflich Selbstständige, die Anspruch auf den monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III haben, sowie für bestimmte gering verdienende und weitgehend nichtvermögende Selbstständige

gilt als besondere Mindestbemessungsgrundlage der 60. Teil der Bezugsgröße.

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige ist verfassungsrechtlich im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz des Grundgesetzes nicht zu beanstanden (Beschluss des BVerfG vom 22.05.2001 - 1 BvL 4/96 - USK 2001-29). Die besondere Mindesteinnahmen-Grenze für freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige beruht im Verhältnis zu den Pflichtversicherten auf demselben Grundgedanken wie diejenige für die übrigen freiwillig Versicherten. Im Vordergrund steht hier das Bemühen um ein finanzielles Gleichgewicht zwischen Ausgaben und Beitragsaufkommen. Es soll vermieden werden, dass freiwillig Versicherte, die der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eigener Entscheidung angehören, sich zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können. Die besondere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige soll darüber hinaus vermeiden, dass Selbstständige deshalb ungerechtfertigt begünstigt werden, weil die Beitragsbemessung bei ihnen nicht wie bei anderen Versicherten am Bruttoeinkommen, sondern an dem um die Betriebsausgaben bereinigten Gewinn aus selbstständiger Erwerbstätigkeit anknüpfen kann. Es dient der Beitragsgerechtigkeit, wenn für hauptberuflich Selbstständige der Vorteil aus der Beitragsbemessung typisierend durch die Festsetzung einer besonderen Mindestbemessungsgrenze ausgeglichen wird. Zudem ist es legitim, das „Unternehmerrisiko“ des hauptberuflich Selbstständigen nicht über die Beitragsbemessung partiell auf die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten abzuwälzen.

- b) Hinsichtlich der geforderten Prüfung der Regelungen zur Beitragsstundung und Beitragsermäßigung für Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (so genannte Nichtversicherte) ist festzustellen, dass die GKV bereits heute durch die mangelnde Zahlungsfähigkeit bzw. Zahlungsbereitschaft des seit 1.4.2007 neu zu versichernden Personenkreises erheblich belastet wird.

Die aufgelaufenen Beitragsrückstände der GKV für diesen Personenkreis betragen in den ersten zwei Jahren seit 1.4.2007 bereits rund 200 Mio. Euro. Darüber hinaus bewirken die neuen Regelungen, die alle freiwilligen Mitgliedschaften auch bei Nichtzahlung der Beiträge erhalten, ein spürbares Ansteigen der Beitragsrückstände bei freiwilligen Mitgliedern. Hier betragen die Beitragsrückstände für denselben Zeitraum insgesamt rund 430 Mio. Euro.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Regelungen zum „Versicherungsschutz für alle“ dahingehend nachgebessert werden, dass der Bund diese zusätzlichen finanziellen Lasten im Sinne seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung trägt.

C) Änderungsvorschlag

Die seitens der Fraktion DIE LINKE angestrebten Politikziele der sozialen Besserstellung der so genannten Solo-Selbstständigen sowie der Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V sollten durch den Bund im Sinne der Wahrnehmung gesamtgesellschaftlicher Verantwortung verfolgt werden. An dieser Stelle dürfen keine weiteren sozialpolitischen Verschiebepunkte zu Lasten der GKV erfolgen.

V. Stellungnahmen zum Antrag „Private Kranken- und Pflegeversicherung - Existenzminimum zukünftig auch für Hilfebedürftige“ der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/780)

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Antrag sieht für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung vor, dass die Bundesregierung aufgefordert werden soll, die von den Trägern der Grundsicherung für privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II zu zahlenden Beitragszuschüsse zu erhöhen (vgl. Abschnitt II Nr. 1 des Antrags). Bislang zahlen die Grundsicherungsträger Beitragszuschüsse in der Höhe, die auch für in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung versicherten Leistungsempfänger zu zahlen sind. Künftig sollen die Träger Zuschüsse jeweils bis zu der Höhe tragen, die die privaten Versicherer nach § 12 Abs. 1a Satz 6 VAG maximal fordern dürfen. Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sollen für ihre versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II Beiträge erhalten, die den durchschnittlichen Beiträgen ihrer Mitglieder entsprechen (vgl. Abschnitt II Nr. 4 des Antrags).

B) Stellungnahme

Die in den Nummern 1 und 4 des Abschnitts II für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung vorgeschlagenen Neuregelungen werden in ihrer Gesamtheit unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

siehe unter B)

VI. Stellungnahme zum Antrag „Paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder herstellen“ der Fraktion der SPD (Drucksache 17/879)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung soll vom Bundestag aufgefordert werden, einen Gesetzentwurf vorzulegen,

- a) mit dem alle kurzfristig zu erschließenden Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven in der Gesundheitsversorgung unmittelbar durch gesetzliche Regelungen oder mittelbar durch gesetzlich ermöglichte Verträge der Selbstverwaltung gehoben werden können (Abschnitt II Nummer 1 des Antrags) und
- b) mit dem eine einnahmeseitige Reform durchgeführt wird, die einen auf Morbiditätsdaten basierenden Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, eine Abschaffung der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V und eine vollständige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung umfasst (Abschnitt II Nummern 2 und 3 des Antrags).

B) Stellungnahme

Der gesetzlichen Krankenversicherung droht für das Jahr 2011 ein geschätztes Defizit von 9 - 11 Mrd. Euro. Ohne kurzfristig wirksame gesetzliche Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenwachstums einerseits und zur Verbesserung der Einnahmeseite der Krankenkassen und/oder des Gesundheitsfonds andererseits sind die Krankenkassen im kommenden Jahr gezwungen, ihre Einnahmendifizite über Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V zu decken.

Das rein theoretisch mögliche maximale Zusatzbeitragsaufkommen der Krankenkassen (1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen) beträgt im Jahr 2011 geschätzte 10,2 Mrd. Euro, womit das geschätzte Defizit ggf. schon nicht mehr gedeckt werden kann. Rechnerisch entspricht dieses Aufkommen - ohne Berücksichtigung von Rücklagen und Vermögen der Krankenkassen - einem monatlichen Zusatzbeitrag von 16,80 Euro.

Das faktisch zu erzielende Aufkommen fällt deutlich geringer aus, weil erstens die gesetzlichen Krankenkassen nicht über identische Mitgliederstrukturen (Grundlöhne) verfügen und somit zahlreiche Krankenkassen bereits ab Zusatzbeiträgen von monatlich 10-12 Euro an die Grenzen der Beitragserschöpfung geraten, zweitens weil der Einzug der Zusatzbeiträge mangels Quellenabzug ein hohes Beitragsausfallrisiko birgt.

Zur Vermeidung eines im Jahr 2011 rapide ansteigenden Insolvenz- bzw. Schließungsrisikos ist der Gesetzgeber also dringend aufgefordert, gesetzliche Maßnahmen auf der Ausgaben- wie Einnahmenseite zu tätigen.

- a) Vor diesem Hintergrund begrüßt der GKV-SV die Forderung der Fraktion der SPD nach kurzfristig ausgabenwirksamen gesetzlichen Regelungen zur Hebung von Effizienzreserven.

Zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs in 2011 hat der GKV-Spitzenverband konkrete Vorschläge für die Bereiche der ambulanten wie stationären Versorgung sowie für die Arzneimittelversorgung unterbreitet. Das vorgeschlagene Einsparvolumen summiert sich auf einen Betrag von 4 bis 5 Mrd. Euro. Im Einzelnen beinhalten die Vorschläge des GKV-SV folgende Einsparoptionen:

- § Verzicht auf Erhöhung der Gesamtvergütungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung für 2011 (budgetierte wie nicht budgetierte Vergütung), geschätztes Einsparvolumen ca. 1,2 Mrd. Euro

- § Absenkung des Orientierungspunktwertes für 2011 um 2,5 Prozent als Ausgleichsmaßnahme für die erheblichen, nicht vereinbarten Vergütungssteigerungen in 2009 (Volumen ca. 0,8 Mrd. Euro)
- § einmalige kompensatorische Anpassungen der Landesbasisfallwerte zur Sicherstellung einer Nullrunde für den stationären Sektor, d.h. keine Ausgabensteigerungen in 2011 im Vergleich zu den Krankenhausausgaben für 2010 (Volumen ca. 2 Mrd. Euro)
- § im Arzneimittelbereich in Ergänzung zu der bereits im GKV-Änderungsgesetz geregelten Erhöhung des Herstellerabschlags der pharmazeutischen Unternehmer eine gesetzliche Fixierung des Apothekenabschlages ab dem Jahr 2010 auf den bisherigen Betrag von 2,30 € je abgegebenes Arzneimittel (Volumen ca. 330 Mio. Euro)
- § die Reduzierung der Grosshandelsmarge um 40 Prozent (Einsparvolumen ca. 0,5 Mrd. Euro)

Der GKV-Spitzenverband appelliert an alle Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit, sich jetzt - u. a. auf Basis dieser Vorschläge - für die notwendigen Maßnahmen zur kurzfristigen finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen.

Über diese kurzfristig angelegte Aufgabe hinaus darf zugleich nicht aus dem Blick geraten, dass baldigst langfristig wirksame, strukturelle Reformen auf den Weg gebracht werden, die die Weiterentwicklung einer am Wettbewerbsprinzip orientierten Krankenversicherung zum Ziel haben. Mit einer sinnvollen Bündelung der fachärztlichen Versorgung, dem Verzicht auf die drohende Monopolisierung der hausärztlichen Versorgung, der Zulassung von selektiven Verträgen der Krankenkassen für planbare Leistungen im Krankenhaus, der Konzentration von Innovationen in der stationären Versorgung auf ausgewählte Zentren, der Liberalisierung des Apothekenmarktes sind beispielhaft Vorschläge genannt, mit der eine

nachhaltige Stabilisierung der GKV erreicht werden könnte.

- b) Allein mit den vorgenannten Maßnahmen auf der Ausgabenseite lässt sich das für 2011 erwartete Defizit nicht vollständig vermeiden. Deshalb begrüßt der GKV-SV ausdrücklich die vom Bundeskabinett im Rahmen des Sparpakets für das Jahr 2011 beschlossene einmalige Erhöhung der Bundesbeteiligung um 2,0 Mrd. Euro. Darüber hinaus besteht aber weiterer dringlicher Reformbedarf auf der Einnahmenseite.

Ohne zusätzliche Anpassungen bei der Beitrags- oder Steuerfinanzierung wird das bestehende Instrument der Zusatzbeiträge inklusive der 1-Prozent-Überforderungsklausel für eine zunehmende Anzahl an Krankenkassen die notwendige Beitragsschöpfung nur noch eingeschränkt erfüllen können. Bereits ab monatlichen Zusatzbeiträgen von 10-12 Euro werden einzelne Krankenkassen in bedrohliche Situationen der Unterfinanzierung geraten. Zugleich führte eine isolierte Aufhebung der 1-Prozent-Überforderungsklausel zu erheblichen Belastungen einkommensschwacher Versicherungengruppen.

An welcher Stellschraube der Gesetzgeber letztlich ansetzen wird, für die gesetzliche Krankenversicherung sind zwei Aspekte entscheidend. Erstens ist es wichtig, dass mit einer Reform der Einnahmenseite nicht die Ausgabenseite aus dem Blick gerät. Reformmaßnahmen auf der Finanzierungsseite können die jetzt notwendigen kurzfristig wirksamen Maßnahmen der Kostendämpfung sowie dringend gebotene, langfristig angelegte, strukturelle Reformen nicht ersetzen (vgl. Ausführungen zu a). Zweitens ist wichtig, dass es bei einer solidarischen Finanzierung bleibt. Die hohe Akzeptanz der gesetzlichen Krankenversicherung resultiert aus dem einfachen Prinzip, dass Gesunde für Kranke und Einkommensstarke für Einkommensschwache eintreten.