

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(20)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

**Deutscher
Gewerkschaftsbund**

Bundesvorstand

Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes zur

**öffentlichen Anhörung des
Bundestagsausschusses für Gesundheit**

zum

a.) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)

(BT-Drs. 17/3040)

b.) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, ... und der

Fraktion DIE LINKE.

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

(BT-Drs. 17/1238)

am 25. Oktober 2010



DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Bereich Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Knut Lambertin

Tel.: 030 24060-706
Fax: 030 24060-226

I. Allgemeine Bewertung:

Der Deutsche Gewerkschaftsbund teilt die Haltung, die im Entwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG-E) zum Ausdruck kommt, dass wir in Deutschland bisher ein leistungsfähiges Gesundheitssystem haben. Es stellt sicher, dass die weit überwiegende Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner eine auch im internationalen Vergleich hochwertige Gesundheitsversorgung nutzen können.

Für etwa 90 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sind gesetzliche Krankenkassen und somit die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Träger ihrer gesundheitlichen Versorgung. Ca. 10 Prozent sind im Geschäftsbereich der Krankenvollversicherung Kundinnen und Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Mit dem vorliegenden GKV-FinG-E soll der Systemwechsel weg von der sozialen gesetzlichen Krankenversicherung endgültig vollzogen werden:

Die geplante Einführung der Kopfpauschale, - im Entwurf als einkommensunabhängiger kassenindividueller Zusatzbeitrag bezeichnet -, das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages sowie der sog. Solidarausgleich, der nicht die vollen Belastungen für die Versicherten ausgleichen wird, markieren den Ausstieg aus der solidarischen und paritätisch finanzierten GKV.

Die von der Regierungskoalition dargestellten Vorteile der Reform halten einer Überprüfung nicht stand, denn dieser Systemwechsel ist nicht gerecht und nicht sozial ausgewogen. Auch die Behauptung, der Entwurf Sorge für mehr Nachhaltigkeit, höhere Effizienz und positive Beschäftigungseffekte wird nicht schlüssig begründet.

Die GKV wird mit den vorgeschlagenen Regelungen:

Ungerechter

Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages sowie die Einführung der Kopfpauschale wird der Grundsatz der paritätischen Finanzierung dauerhaft verletzt. Damit wird angesichts des negativen Trends in der Bruttorealloonentwicklung sowie der stetig gewachsenen Betriebsüberschüsse/Selbstständigen- und Vermögenseinkommen auf der anderen Seite auch das Prinzip der Beitragsleistung nach wirtschaftlicher Leis-

tungsfähigkeit ad absurdum geführt. Zudem stimmt das Argument mit der Steuerfinanzierung, die gerechter sei als Sozialversicherungsbeiträge, so nicht. Durch das Gesamtdeckungsprinzip sowie den hohen und ständig wachsenden Anteil an Verbrauchssteuern ist das Steuersystem verteilungsungerechter als Sozialversicherungsbeiträge.

Weniger nachhaltig

Die moderate Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge um 0,3 Beitragssatzpunkte ist auch auf das Drängen des DGB, eine paritätische Beitragsgestaltung aufrechtzuerhalten, zurückzuführen. Sie reicht aber nicht aus, weil die Schieflage bei der Finanzierung der GKV zu Lasten der Versicherten nicht aufgehoben wird. Angesichts der steigenden Ausgaben für arbeitsbedingte Erkrankungen ist es aber unverantwortlich, die Arbeitgeber nicht paritätisch an den weiter steigenden Kosten für Gesundheit zu beteiligen. Andere Einkommensarten bleiben auch weiterhin außen vor und der Wechsel zu den PKV-Unternehmen wird sogar erleichtert. Insgesamt wird damit die Einnahmehasis der GKV weiter geschmälert – und die Nachhaltigkeit der Finanzierung verringert.

Im GKV-FinG wird behauptet, dass Nachhaltigkeit nur durch Wettbewerb erreicht werden kann. Doch Wettbewerb bleibt nach dem GKV-FinG-E nur der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Doch dieser führt seit 1996 weit überwiegend zu einem Wettbewerb um junge gesunde und überdurchschnittlich verdienende Versicherte. Es ist fahrlässig, diese negative Entwicklung über Preissignale noch weiter zu befördern. Vielmehr sind Strukturveränderungen und eine Wiedereinsetzung der vollständigen paritätischen GKV-Finanzierung notwendig.

Unsozialer

Der angebliche Solidarausgleich für die Kopfpauschale entpuppt sich als, zunächst von Versicherten über die Liquiditätsreserve der GKV selbst, zu zahlenden Finanzausgleich. Erst im Jahr 2014 soll festgelegt werden, in welcher Höhe ab 2015 Steuermittel zur Verfügung gestellt werden. Zwischen dem theoretischen Wert, „durchschnittlicher Zusatzbeitrag“, und der Kopfpauschale, kassenindividueller „einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag“ genannt, wird für viele Versicherte ein Delta entstehen. Und die Pauschale wird im Laufe der Jahre immer größer werden. Wissenschaftlichen Berechnungen zufolge, wird die Kopfpauschale 2025 knapp 97 Euro im Monat oder 1164 Euro im Jahr betragen, selbst wenn die jährlichen Ausgaben auch nur zwei Prozent stärker als die Einnahmen steigen. Jeder Arbeitnehmer mit einem Einkommen von bis zu 4.828 Euro hätte Anspruch auf einen Sozialausgleich. Das wären alle Mitglieder der GKV.

Eine Stärkung der Beitragsautonomie kann der DGB nicht erkennen. Die Bundesregierung versucht so nur, für den Großteil der Bevölkerung zu verschleiern, dass sie für die Einführung von Kopfpauschalen („einkommensunabhängige Zusatzbeiträge“) verantwortlich ist. Damit werden gesetzliche Krankenkassen und ihre soziale Selbstverwaltung zum Sündenbock für die Politik der Bundesregierung gemacht. Die Nettoeinkommen sinken umso dramatischer desto geringer die Einkommen sind.

Beschäftigungsfördernde Wirkung nicht erkennbar

Der DGB kann nur schwer nachvollziehen, dass die Bundesregierung immer noch glaubt, die GKV-Beiträge seien eine Gefahr für die deutsche Exportwirtschaft. Denn tatsächlich ist nicht die absolute Höhe der Arbeitskosten maßgeblich für die Wettbewerbsposition der Unternehmen, sondern es ist die Entwicklung der Lohnstückkosten.

Dem DGB liegen wissenschaftliche Berechnungen vor, die Folgendes deutlich machen: Aus volkswirtschaftlicher Sicht können Lohnsteigerungen, die mit paritätisch finanzierten Beitragssatzsteigerungen einhergehen, Beschäftigung dauerhaft um rund 300.000 Personen generieren. Durch die höheren Löhne und die gestiegene Beschäftigung würde der private Verbrauch erheblich zulegen. Und Deutschlands Einkommensverteilung wäre nicht so ungleich, wie sie es heute ist.

Die Ausweitung der Kostenerstattung in der GKV, die in den Änderungsanträgen der Regierungskoalition zum GKV-FinG beabsichtigt wird, verletzt das Sachleistungsprinzip der GKV. Der DGB befürchtet, dass mit dieser Angleichung von GKV und PKV außerhalb des Pflichtversicherungsegments sich die europarechtliche Beurteilung der gesetzlichen Krankenkassen durch den EuGH verändert. Das könnte dann eine Privatisierung der GKV, d.h. der gesundheitlichen Versorgung von etwa 90 Prozent der Bevölkerung bedeuten.

Im GKV-FinG-E werden Probleme hinsichtlich der Finanzierung angesprochen, aus Sicht des DGB, jedoch unvollständig dargestellt. Insbesondere geschieht dies bezüglich des Verhältnisses von Ausgaben und Einnahmen sowie den Belastungen der gesetzlich Krankenversicherten:

- Der DGB problematisiert seit Jahren einen Rückgang sozialversicherungspflichtiger Vollerwerbsarbeit zugunsten von Teilzeitarbeit und prekärer Beschäftigung. Zum einen schwächt dies die Einnahmehasis der GKV und zum anderen werden dadurch höhere Kosten im Bereich der arbeitsbedingten Er-

krankungen hervorgerufen. Grund sind gesetzliche Regelungen, die Mini-, Midijobs und Leiharbeit, aber auch befristete Beschäftigung erst in diesem Ausmaße möglich gemacht haben. Solche Beschäftigungsformen gehen oft einher mit einer höheren gesundheitlichen Belastung.

- Die öffentlichen Haushalte (ohne Sozialversicherungen) entledigen sich seit Jahren der Kosten für die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger, beispielsweise durch zu niedrige Investitionsausgaben im Krankenhausbereich. 1992 trugen die öffentlichen Hände noch 11 Prozent der Gesundheitsausgaben (17,6 Mrd. Euro), waren es 2008 nur noch 4,9 Prozent (13 Mrd. Euro) Mrd. Euro. Auch hier liegen die Gründe in staatlichem Handeln der föderalen Ebenen.
- Kosten für gesamtgesellschaftliche Leistungen, z.B. durch nicht kostendeckende Beitragssätze für ALG-II-Leistungsbezieher, werden seit Jahren gesetzgeberisch der GKV übertragen. Bezogen auf das Jahr 2008 betragen diese gesamtgesellschaftlichen Leistungen nach wissenschaftlichen Berechnungen etwa 10,7 Mrd. Euro pro Jahr. Nach Gusto hat der Gesetzgeber hier zulasten der Beitragszahler Politik gemacht und sich der Verantwortung entzogen.
- Um die beschriebene Politik zu kaschieren und die GKV nicht dauerhaft zu überdehnen, wurden immer mehr GKV-Leistungen ausgegliedert und müssen nun von den Privathaushalten finanziert werden. Die Gesundheitsausgaben der Privathaushalte betragen im Jahr 2008 ca. 35,3 Mrd. Euro (zum Vergleich 1992: 16,5 Mrd. Euro). Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2001 beliefen sich allein die Zuzahlungen in jenem Jahr auf 9,9 Mrd. Euro pro Jahr. Seither müssen diese deutlich gestiegen sein.

Damit einher gegangen ist eine drastische Umverteilung zulasten der privaten Haushalte und eine Entlastung der Arbeitgeber und Staatshaushalte (ohne Sozialversicherungen). Der DGB fordert daher die Bundesregierung auf, diese Fakten endlich zur Kenntnis zu nehmen und diese Fehlentwicklungen rückgängig zu machen.

Insgesamt bewertet der DGB den GKV-FinG-E wie folgt: Gemessen an sozialstaatlichen Ansprüchen, mehr Gerechtigkeit, Solidarität und Nachhaltigkeit bei der Finanzierung der GKV, verlässt die Bundesregierung diese Grundlage, indem sie mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Strukturprinzipien brechen will. Dabei geht sie von einem nicht vollständigen Bild der Problemlage bzw. höchst

umstrittenen bis falschen Fakten sowie einer nicht nachvollziehbaren Begründung aus.

II. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch):

Zu Nr. 1 (§ 4 – Krankenkassen), Nr. 24 (§ 291a – Elektronische Gesundheitskarte):

Der GKV-FinG-E sieht vor, die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen 2011 und 2012 auf dem Niveau 2010 festzuschreiben.

Mit dieser Deckelung der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen wird der Eindruck geweckt, hier gäbe es eine problematische Entwicklung. Dabei liegen die Verwaltungskosten tatsächlich seit 20 Jahren bei etwa 5 bis 6 Prozent - und nun bei 5,1 Prozent (2009). Im Vergleich dazu betragen die Verwaltungs- und Abschlusskosten der privaten Krankenversicherungsunternehmen 14,6 Prozent.

Tatsächlich richtet sich diese Deckelung gegen mögliche Gehaltssteigerungen der Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen sowie den Service für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass auch mit diesem Entwurf den Kassen weitere Verwaltungsaufgaben übertragen werden, die nicht vom Bund gegenfinanziert werden, z.B. beim Beitrags- und Meldewesen im Zuge der Einführung der Kopfpauschale. Allein die Ausgaben für die Telematik-Infrastruktur sind hiervon ausgenommen.

Die Deckelung der Verwaltungsausgaben widerspricht des Weiteren den Regelungen im AMNOG-E. Auch durch dieses Gesetz werden den Krankenkassen neue Aufgaben übertragen, beispielsweise Preisverhandlungen mit den Pharmaherstellern. Der GKV-FinG-E zielt auf eine Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen ab, den es ebenfalls nicht umsonst gibt. Die Kosten des Wettbewerbs werden aber weder benannt noch beziffert.

Der DGB fordert die Bundesregierung auf, die Deckelung der Verwaltungskosten zu streichen.

Alternativ bietet der DGB Regierung und BDA gemeinsame Gespräche darüber an, wie eine Gegenfinanzierung zusätzlicher Aufgaben erfolgen kann.

Zu Nr. 2 (§ 6 – Versicherungsfreiheit):

Mit dieser Regelung soll die Frist nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze auf höchstens 1 Jahr verkürzt werden, so dass ein gesetzlich Versicherter als Kunde der privaten Krankenversicherungswirtschaft eine private Krankenvollversicherung abschließen kann.

Damit wird die Einnahmehasis der GKV weiter geschmälert, d.h. kassenindividuelle Kopfpauschalen katalysiert. Bisher gesetzlich Krankenversicherte können so einfacher aus der GKV abgeworben werden. Auch ist eine Stärkung der Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung, wie es als Gesetzeszweck formuliert wird, nicht erkennbar.

Der DGB hält diese Regelung für eine nicht vertretbare bewusste Subventionierung der PKV-Unternehmen, deren Notwendigkeit er nicht erkennen kann. In den vergangenen Jahren haben sich insbesondere die PKV-Unternehmen als „das funktionierende System“ (vgl. Jahresberichte des PKV-Verbandes) dargestellt. Ausgehend von der Annahme, dass hier keine falsche Aussage getroffen wird, ist entsprechend die von der Bundesregierung vorgeschlagene Gesetzesänderung nicht nachvollziehbar – ebensowenig wie der Entwurf zum Jahressteuergesetz 2011, der ebenfalls Regelungen zugunsten der Finanzen der privaten Krankenversicherungswirtschaft enthält, zumal weder PKV-Verband noch einzelne private Krankenversicherungsunternehmen über eine schwierige finanzielle Situation geklagt haben. Diese Unsicherheit resp. Lücke in der Darstellung könnte jedoch zur Verunsicherung bei den Kundinnen und Kunden der Versicherungsbranche führen. Aus Sicht des DGB mangelt es an einer nachvollziehbaren Begründung für diese Regelung.

Der GKV-FinG-E enthält eine Einschätzung der Regierung, dass diese Regelung diese Regelung zu Mindereinnahmen von 200 Mio. Euro führen wird. Nach anderen Schätzungen betragen die Verluste eine Halbe Mrd. Euro.

Der DGB fordert eine Streichung dieser Vorschrift.

Zu Nr. 3 (§ 9 – Freiwillige Versicherung):

Hier werden die Zugangsvoraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV geändert.

Dabei handelt es sich weitgehend um eine Folgeänderung und daher wird auf die Stellungnahme zu Nr. 2 verwiesen.

Zu Nr. 4 (§ 71 – Beitragssatzstabilität):

Nach der Aufhebung der getrennten Rechtskreise, - neue Länder – alte Bundesländer-, werden mit dieser Regelung notwendige Rechtsanpassungen vorgenommen.

Der DGB teilt die Absicht.

Zu Nr. 5 (§ 73b – Hausarztzentrierte Versorgung):

Hier wird eine Ausgabenbegrenzung für Selektivverträge für die hausarztzentrierte Versorgung vorgesehen. Bestandsschutz erhalten Verträge, die bis zum Kabinettschluss abgeschlossen werden.

Der DGB unterstützt diese Maßnahme, da sie ein Ungleichgewicht zwischen Hausärzterverbänden und gesetzlichen Krankenkassen abschwächt. Leider wird dieses Ungleichgewicht nicht nachhaltig gelöst.

Der DGB gibt zu bedenken, dass die Wirkungsweise von Selektivverträgen in der ambulanten Versorgung bisher noch nicht erforscht worden ist.

Der DGB empfiehlt dringend, diese Forschungslücke zu schließen.

Zu Nr. 7 (§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte):

Mit dieser Regelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, dem BMG ein neues Konzept für die Konvergenz der Vergütungen ärztlicher Leistungen vorzulegen.

Der DGB versteht diese Regelung als Vorbereitung auf eine strukturelle Anhebung der Vergütungsniveaus. Bereits in diesem Jahr stieg die Vergütung der Regelleistungen um 460 Millionen Euro. Für das kommende Jahr wurde bereits ein Anstieg um 675 Millionen Euro beschlossen.

Der DGB rät dringend, eine gerechtere Verteilung innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft sowie den Abbau von Überversorgung zum Maßstab zu machen und eine weitere Belastung der GKV-Versicherten auszuschließen, die nur der noch höheren Honorierung des Standes der niedergelassenen Ärzte dienen würde.

Zu Nr. 10 (§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung):

Mit dieser Regelung werden die Sicherstellungszuschläge wieder eingeführt, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für unterversorgte und von Unterversorgung bedrohte Gebiete zahlen können.

Der DGB befürchtet, dass dies zu weiteren finanziellen Belastungen der GKV-Versicherten führen wird.

Der DGB fordert, den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur die Steuerungsverantwortung für unterversorgte Gebiete, sondern auch die Finanzverantwortung zu übertragen, d.h. eventuell notwendige Sicherstellungszuschläge müssen aus den vorhandenen Mitteln finanziert werden.

Zu Nr. 13 (§ 201 – Meldepflichten bei Rentenantragsstellung und Rentenbezug), Nr. 14 (§ 220 – Aufbringung der Mittel; Grundsatz), Nr. 15 (§ 221b – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich), Nr. 19 (§ 242b – Sozialausgleich) sowie Art. 12 (Änderung der Beitragsverfahrensordnung):

Die vorgesehenen Regelungen beinhalten die Umsetzung des sog. Sozialausgleichs für die Kopfpauschale.

Der DGB stellt fest, dass ein Sozialausgleich faktisch nicht stattfindet. Zunächst soll der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve bezahlt werden. Für die Zukunft, spätestens ab 2014, lassen die Hürden für einen angeblichen Sozialausgleich (Zwei-Prozent-Regelung) darauf schließen, dass (a) entweder der steuerliche Ausgleich gering gehalten werden soll oder (b) mit einem deutlichen Anstieg der Kopfpauschalen gerechnet wird.

Der Druck durch eine nach oben nicht mehr begrenzte Kopfpauschale auf die Nettoeinkommen nimmt erneut zu. Das heute vorhandene Gerechtigkeitsdefizit bei der Finanzierung des Gesundheitswesens wird weiter anwachsen. Die größere wirtschaftliche Leistungskraft höherer Einkommen wird bei einem einheitlichen und nach oben nicht mehr begrenzten Zusatzbeitrag nicht berücksichtigt.

Ein Ausgleich bei einem Durchschnittsverdiener von 2.300 Euro (im Jahr 2009) würde erst bei einer fiktiven durchschnittlichen Kopfpauschale von mehr als 46 Euro wirksam werden. Zudem ist der bürokratische Aufwand, der damit verbunden wäre, ist sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen.

Anzahl der Personen, die das Verfahren zum Sozialausgleich durchlaufen würden: Bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro würden 18,5 Mio. Mitglieder der GKV an dem Verfahren des Sozialausgleichs teilnehmen (bei 50 Euro: 38,2 Mio. Mitglieder). Dies sind 35 Prozent aller Mitglieder (bei 50 Euro: 72,4 Prozent aller Mitglieder).

Der DGB fordert, diese Regelung sowie die Einführung der Kopfpauschale zu streichen.

Zu Nr. 17 (§ 241 – Allgemeiner Beitragssatz):

Mit dieser Regelung soll der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz auf 15,5 Prozent angehoben werden.

Der DGB wertet dies als Ersatzhandlung statt einer sozial gerechten Reform. Die Koalition will den Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozentpunkte erhöhen, um das drohende Defizit in 2011 zu decken. Mit dieser Beitragserhöhung bleibt auch die Mehrbelastung der GKV-Mitglieder durch den Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten erhalten. Das bedeutet, dass nur die Beitragssatzerhöhung paritätisch aufgeteilt wird. Von einer paritätischen Beitragsgestaltung, wie sie der DGB gefordert hat, kann weiterhin keine Rede sein. Noch immer müssen die GKV-Mitglieder allein beim Beitragssatz rund neun Milliarden Euro jährlich an Mehrbelastungen durch den Sonderbeitrag tragen, insgesamt zahlen sie jährlich mindestens 15 Mrd. Euro an Beiträgen, Zuzahlungen und Praxisgebühren mehr als die Arbeitgeber. Das ergibt nach wissenschaftlichen Berechnungen ein Belastungsverhältnis in der GKV von 40:60 zuungunsten der Versicherten und zugunsten der Arbeitgeber.

Der DGB fordert die Bundesregierung auf, die paritätische GKV-Finanzierung wieder einzusetzen und den Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozentpunkten zu beseitigen.

Zu Nr. 18 (§ 242 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag), Nr. 19 (§ 242a – Durchschnittlicher Zusatzbeitrag), Nr. 21 (§ 251 – Tragung der Beiträge durch Dritte), Nr. 22 (§ 252 – Beitragszahlung), Nr. 23 (§ 255 – Beitragszahlung aus der Rente):

Diese Regelungen beinhalten die Einführung der Kopfpauschale, zunächst als kassenindividueller einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag getarnt, sowie Strafvorschriften für säumige Zahler.

Der DGB lehnt jegliche Form von Kopfpauschalen als sozial ungerecht strikt ab. Die Folgen für die Nettoeinkommen, darunter auch Rentnerinnen und Rentner, sind umso dramatischer desto geringer die Einkommen sind. Alle künftigen Belastungen sollen – über die Beiträge der Versicherten in Höhe von 8,2 Prozentpunkten hinaus – in Form von nach oben offenen pauschalen Zusatzbeiträgen ausschließlich von den Versicherten getragen werden. Mit dieser Form der Kopfpauschale wird der Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der GKV vorangetrieben. Mehrbelastungen der Versicherten durch Zusatzbeiträge sollen vorgeblich ausgeglichen werden, wenn zwei Prozent des Bruttoeinkommens überschritten werden. Maßgeblich sind jedoch nicht die tatsächlichen pauschalen Zusatzbeiträge der Krankenkassen, sondern ein geschätzter durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der – über alle Kassen hinweg – theoretisch nötig wäre, um ein zu erwartendes Defizit zu decken. Die Mehrbelastungen durch Zusatzbeiträge werden also nicht realistisch ausgeglichen, sondern nur anhand eines Durchschnittswertes – und dies auch erst ab einer Grenze von zwei Prozent des Einkommens.

Anzahl der betroffenen Haushalte: Liegt der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 20 Euro (alternativ in Klammern jeweils die Angaben für 50 Euro), so wären 14,8 Mio. Haushalte betroffen (bei 50 Euro Zusatzbeitrag: 27,8 Mio. Haushalte). Von diesen Haushalten weisen 21,4 Prozent (also 3,1 Mio. Haushalte) mindestens ein Kind unter 16 Jahren auf (bei 50 Euro Zusatzbeitrag: 19,2 % der Haushalte, also 5,3 Mio.)

Unabhängig davon, dass die Kopfpauschale vom DGB abgelehnt wird, ist festzustellen, dass in der Entwicklungsphase des Gesetzentwurfes weitere soziale Ungerechtigkeiten hinzugetreten sind. In dem noch Ende August vorliegenden Referentenentwurf wird für Bezieher von Sozialleistungen (Arbeitslosengeld I und II, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Übergangsgeld und Verletztengeld) zwar der durchschnittliche Zusatzbeitrag (§ 242 a Absatz 1) erhoben (§ 242 a Absatz 4) jedoch geregelt, dass dieser Beitrag von der den Beitrag abführenden Stelle getragen wird (§ 251 Absatz 6).

Zu begrüßen ist, dass der Kreis der Versicherten, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird im Gesetzentwurf der Regierungsfractionen von Ende September erweitert wurde (§ 242 Absatz 5). Nicht nachzuvollziehen und konsequent abzulehnen ist jedoch die Verschärfung für Bezieher von Arbeitslosengeld I und Kurzarbeitergeld (§ 242 b Absatz 1 Satz 6, 7 und 8). Wer bereits seinen Lebensunterhalt von Entgeltersatzleistungen bestreitet und gezwungen ist sich einzuschränken, kann nicht noch weitere Einschränkungen durch die Kopfpauschale hinnehmen.

Gleichzeitig soll geregelt werden, dass der durchschnittliche Beitrag (§ 242 a Absatz 1) von Mitgliedern, die Arbeitslosengeld II beziehen, aus den Mitteln des Liquiditätsfonds aufgebracht wird (§ 251 Absatz 6). Damit ist die Regelung von § 242 Ab-

satz 4, dass von Mitgliedern, die Arbeitslosengeld II beziehen der durchschnittliche Beitrag (§ 242 a Absatz 1) erhoben wird, verzichtbar.

Der DGB lehnt ebenfalls die geplanten Strafvorschriften im Sozialgesetzbuch ab. Er ist der festen Überzeugung, dass Sozialrecht- und Strafrecht weiterhin getrennt bleiben müssen.

Der DGB fordert nachdrücklich die Streichung dieser Regelungen.

Zu Nr. 25 (§ 271 – Liquiditätsreserve):

Der sog. Sozialausgleich soll entsprechend dieser Regelung erst 2015 durch Steuern finanziert werden, so diese Regelung. Bis dahin sollen die notwendigen Mittel aus der Liquiditätsreserve der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden. Der Sozialausgleich entzieht dem Fonds Mittel, die für den morbiRSA fehlen. Sodann entsteht eine Belastung der Kassen mit vielen Versicherten mit hoher Morbidität.

Der DGB fordert sicher zustellen, dass genügend finanzielle Mittel für den morbiRSA und zu Sicherung der Liquidität zur Verfügung stehen.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - § 85 - Gesamtvergütung):

Mit dieser Regelung wird die Vergütung für zahnärztliche Leistungen in den Jahren 2013 und 2014 in den neuen Bundesländern um +2,5 Prozent und für Berlin um +2 Prozent angehoben.

Der DGB gibt zu Bedenken, dass dies nach Schätzungen zu Mehrausgaben in der zahnärztlichen Versorgung von 4 bzw. 5 Prozent führen kann. Die Lohnentwicklung in den neuen Ländern kann mit dieser Ausgabendynamik nicht Schritt halten.

Der DGB lehnt diese Regelung ab.

Zu Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Nr.1 bis 4 (Leistungen und Beiträge sowie Meldepflicht des Arbeitgebers, Gesamtsozialversicherungsbeitrag):

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen beinhalten bezüglich der Verfahren der Beitragszahlung und der Meldepflichten Regelungen zur Umsetzung des sog. Sozialausgleiches.

Der DGB fordert Streichung.

Zu Artikel 6 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte):

Nach dieser Regelung soll die landwirtschaftliche Krankenversicherung aus der Kapung der Verwaltungskosten ausgenommen werden.

Schon jetzt muss die Krankenversicherung der Landwirte ihre Verwaltungskosten bis 2014 um 20 Prozent kürzen.

Der DGB stimmt dieser Vorschrift zu und verweist auf seine Kritik an der Deckelung der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen hin.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – Nr. 1 bis 4 – Allgemeine Vorschriften, Endgeltarten und Abrechnung, Vereinbarungsverfahren), Art. 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung):

Mit dieser Vorschrift werden die bisher geregelten Ausgabensteigerungen in der stationären Versorgung gedeckelt.

Der DGB sieht die deutliche Gefahr, dass dies zulasten der Qualität und der Sicherheit der Versorgung geht – und damit zulasten der Patienten und des Personals.

Der DGB empfiehlt daher dringende Überprüfung.

Zu Artikel 9 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes):

Mit dieser Regelung soll der Basistarif, den private Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen, um die theoretische Kopfpauschale, den „durchschnittlichen Zusatzbeitrag“, angehoben werden.

Die Regierung begründet den Zusatzbeitrag damit, dass das „heutige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher“ ausgestaltet werden müsse. Dazu seien unverzerrte „Preissignale notwendig. Unverständlich ist daher die Übertragung auf den Basistarif.

Der DGB fordert, für Leistungsbezieher nach SGB II oder SGB XII die Tarife des Basistarifs auf den Erstattungsrahmen der GKV abzusenken.

Zu Art. 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung):

Die vorgeschlagenen Regelungen enthalten Vorschriften zur Anpassung an die neue Beitragssatzfestlegung, inkl. Kopfpauschale und sog. Sozialausgleich.

Der DGB lehnt diese Regelungen ab.

Zu ÄA 2 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 13 SGB V - Kostenerstattung):

Mit der geplanten Änderung werden die Regelungen zur Kostenerstattung in der GKV ausgeweitet.

Damit wird eines der Strukturprinzipien der GKV, das Sachleistungsprinzip, verletzt, d.h. die Systemänderung weiter vorangetrieben. Es ermöglicht Leistungserbringern ähnlich wie bei der angebotsinduzierten Nachfrage nach Leistungen, eine ähnliche Beeinflussung des Versicherten, Kostenerstattung zu wählen. Viele Ärzte werden großes Interesse an der Kostenerstattung haben, das ist für sie lukrativer und schneller und bietet ihnen mehr Möglichkeiten, außerdem den Versicherten zusätzliche Leistungen anbieten zu können, welche von der Kasse nicht erstattet werden. Folgen werden die Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Angleichung an die Policen der privaten Krankenversicherungsunternehmen sein. Zusätzlich ist zu befürchten, dass die Versicherten auf Kosten sitzen bleiben und der Verwaltungsaufwand steigt.

Der DGB lehnt diesen Änderungsantrag ab.

Zu ÄA 3 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 53 SGB V - Wahltarife):

Die geplante Regelung sieht vor, die Mindestbindungsfrist für die Wahltarife auf ein Jahr abzusenken – mit Ausnahme der Wahltarife für besondere Versorgungsformen.

Mit diesen Wahlтарifen ist es Krankenkassen ermöglicht worden, Mitgliedern Prämien zu zahlen, wenn sie einen Selbstbehalt vereinbaren oder ein Jahr lang keine Leistungen (außer Vorsorge) in Anspruch genommen haben. Kassen dürfen den Versicherten Prämien von bis zu 600 Euro im Jahr für die Wahl eines dieser Tarifmodelle und bis zu 900 Euro für die Kombination von zwei Tarifen erstatten. Die ausgezahlten Prämien stehen nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung. Zudem werden Anreize gegeben, Leistungen zu vermeiden und damit Krankheiten zu verschleppen. Der Versiche-

rungsgedanke wird somit auf den Kopf gestellt. Glücklicherweise haben diese Tarife keine Massenwirkung erreicht.

Der DGB steht diesen Wahlтарifen - mit Ausnahme der Wahlтарife für besondere Versorgungsformen - kritisch gegenüber und fordert daher deren Abschaffung.

Zu ÄA 5 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 194 SGB V – Satzung der Krankenkassen):

Mit dieser Regelung wird das Angebot der gesetzlichen Krankenkassen um Zusatzversicherungen privater Krankenversicherungsunternehmen für Kostenerstattung erweitert.

Der DGB lehnt die Kostenerstattung in der GKV als strukturfremd ab (s. auch Begründung zu ÄA 2).

III. Zum Antrag „Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen“ der Fraktion DIE LINKE

Mit diesem Antrag will DIE LINKE den Bundestag beauftragen, die Bürgerversicherung einzuführen.

Der DGB strebt ebenfalls eine Weiterentwicklung der im Prinzip bewährten GKV zur Bürgerversicherung an.

Der DGB hat dazu eine Kommission "Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft" mit Frauen- und Jugendverbänden, Wohlfahrts- und Sozialverbänden sowie Wissenschaftlern initiiert und dazu auch die Arbeitnehmerorganisationen der im Bundestag vertretenen Parteien eingeladen. Die Ergebnisse werden noch im Herbst vorliegen.