



Hochschule Fulda · Postfach 2254 · D-36012 Fulda

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Die Vorsitzende
Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(4)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
14.10.2010

Fulda, 14. Oktober 2010

Der Dekan

Prof. Dr. Stefan Greß
Marquardstraße 35
D-36039 Fulda

stefan.gress@hs-fulda.de

Sekretariat
06 61/96 40-600

Durchwahl
06 61/96 40-601

Telefax
06 61/96 40-649

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-Finanzierungsgesetz (Beitragssatz, Zusatzbeiträge, Sozialausgleich) am Mittwoch, den 25. Oktober 2010, 12.00 bis 14.30 Uhr

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Greß

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) – hier: Beitragssatz, Zusatzbeiträge, Sozialausgleich

Zu Nummer 2: Änderung des § 6 SGB V – Versicherungsfreiheit

Die vorhandene Empirie zeigt, dass Versicherte in der PKV ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als in der GKV und im Durchschnitt deutlich gesünder sind. Ein Teil der erwartbar Gesunden kann sich den Umverteilungsmechanismen in der GKV durch den Wechsel in die private Krankenvollversicherung entziehen. Dies führt zu einer negativen Risikoauslese zu Lasten der GKV. Der Gesetzgeber hat im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die aus dem verzerrten Wettbewerb der beiden Krankenversicherungssysteme resultierende Risikoauslese vor allem durch eine Begrenzung der Wechselmöglichkeiten von GKV zu PKV eingeschränkt. Die vorgesehene Rücknahme der entsprechenden Regelung der im GKV-WSG beschlossenen Drei-Jahres-Frist für das Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze wird nicht – wie in der Gesetzesbegründung behauptet – den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung stärken. Der verzerrte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungssystemen wird vielmehr die Selbstselektion der Versicherten verstärken, die Risikoauslese verschärfen und die Finanzierungsbasis der GKV weiter schwächen. Auf Seiten der Privatversicherer profitieren vor allem die Anbieter, die ein differenziertes Tarifangebot mit Locktarifen für Neuversicherte vorhalten und damit auf einen stetigen Zufluss von günstigen Risiken aus der GKV angewiesen sind.

Zu Nummer 16: § 221b SGB V – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

Kritiker eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs haben in der Vergangenheit wiederholt Zweifel an der Stetigkeit und Nachhaltigkeit eines aus Haushaltsmitteln aufzubringenden Sozialausgleichs geäußert. Diese Kritiker – zu denen auch der Unterzeichnete gehört – sehen sich durch die in § 221b vorgesehenen Regelungen bestätigt. Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich ist erst ab dem Jahr 2015 vorgesehen. Bis dahin wird der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – gleichermaßen aus der „Portokasse“ – finanziert. Dieses Vorgehen ist aus fiskalischer Sicht in höchstem Maße unseriös und bestätigt nachhaltig die Zweifel an einer nachhaltigen Finanzierung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs.

Zu Nummer 17: Änderung § 241 SGB V – Allgemeiner Beitragssatz

Die zentrale Ursache der seit Jahrzehnten mehr anhaltenden Beitragssatzsteigerungen in der GKV liegt in der Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis. Einerseits machen die GKV-Ausgaben seit über 20 Jahren einen relativ stabilen Anteil von 6 bis 7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt aus. Andererseits sind die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder aber deutlich hinter dieser Entwicklung zurückgeblieben. An dieser Problemdiagnose ansetzende Maßnahmen müssten demzufolge bewirken, dass sich die Finanzierungsbasis der GKV in Zukunft wenigstens im selben Maße entwickelt wie die gesamte Wirtschaftskraft bzw. wie das Volkseinkommen. Dazu würde es des Einbezugs derjenigen Teile des Volkseinkommens in die GKV-Finanzierung bedürfen, die hierbei bislang unberücksichtigt bleiben: Arbeitseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze, Einkommen aus anderen Quellen sowie Einkommen von Personen, die als Privatversicherte zumindest bislang überhaupt nicht regelhaft zur Mitfinanzierung herangezogen werden. Hierzu kann es aber nur kommen, wenn die bestehende Finanzierungsbasis in substantiellem Ausmaß ergänzt wird – sei es durch Beitragszahlungen auf bislang beitragsfreie Einkommensarten bzw. Einkommensteile oder durch Steuermittel, die auf unterschiedlichen Wegen zur Stabilisierung der GKV-Finanzien beitragen können. Keine dieser Maßnahmen sind im GKV-FinG enthalten. Ohne Ausweitung der Finanzierungsbasis müssen letztlich wieder dieselben Personen mit denselben Einkommen den Großteil der gesamten Finanzierungslast schultern. Ein Zuwachs an Stabilität und Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung wird durch die simple Beitragssatzerhöhung ohne Ausweitung der Finanzierungsbasis nicht erreicht.

Auch die bestehenden horizontalen und vertikalen Gerechtigkeitsdefizite werden verstärkt. Durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes werden zunächst alle Einkommen gleichmäßig höher belastet – allerdings nur die beitragspflichtigen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Einkommen aus Vermögen oder aus Vermietung und Verpachtung werden auch künftig nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für Arbeitsentgelte jenseits der Beitragsbemessungsgrenze. Der Finanzierungsanteil von Personen mit beitragspflichtigen Einnahmen steigt zu Gunsten von Personen mit nicht beitragspflichtigen Einnahmen. Diese Belastungswirkungen sind nicht neu, sondern der bestehenden Beschränkung der Beitragserhebung auf bestimmte Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze geschuldet. Sie bestehen jedoch unverändert fort und werden durch die Beitragssatzerhöhung auf 15,5 Prozent noch verschärft.

Zu Nummer 18: Änderung § 242 SGB V – Kassenindividueller Zusatzbeitrag und

Zu Nummer 19: 242a SGB V – Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

In verteilungspolitischer Hinsicht gravierender als die Erhöhung des Beitragssatzes wirken die in Zukunft obligatorisch pauschal zu erhebenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Es entstehen neue Belastungsunterschiede, die sich aus verteilungspolitischer Sicht alles andere als gerecht darstellen. Hieran ändert die als Sozialausgleich bezeichnete Begrenzung der Zusatzbeitrags-Belastung auf maximal zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens wenig. Die relative Belastung durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge unterhalb der 2-Prozent-Grenze sinkt mit steigendem Einkommen. Im Ergebnis ist die Wirkung der GKV-Finanzierung damit erstmals durchgängig regressiv – die relative Belastung sinkt durchgängig mit steigendem Einkommen.

Positiv an den Reformplänen der Bundesregierung ist zu bewerten, dass zwei bislang aus der dysfunktionalen Konstruktion des Zusatzbeitrags resultierende Wettbewerbsprobleme künftig beseitigt werden sollen. Das gilt erstens für die bisherige Überforderungsklausel, die insbesondere Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern – unbeschadet aller Wirtschaftlichkeitsbemühungen – unvermeidlich in die Insolvenz getrieben hätte. Dass die Politik jetzt endlich handelt und diesen groben Konstruktionsfehler beim Zusatzbeitrag beseitigt, erscheint somit mehr als überfällig. Das zweite Problem der bisherigen Zusatzbeitragsregelung aus wettbewerblicher Sicht resultierte daraus, dass sich der Sozialausgleich auf den tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag einer Kasse bezog. Zukünftig soll sich der Sozialausgleich auf den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag beziehen. Damit bleibt es auch für Geringverdiener lohnend, in eine günstigere Kasse zu wechseln, weil der auf Basis des durchschnittlichen Zusatzbeitrags ermittelte Ausgleich in jedem Fall erhalten bleibt.

Diese in wettbewerblicher Sicht sinnvolle Regelung setzt allerdings zwingend voraus, dass der Zusatzbeitrag auch tatsächlich ein unverzerrtes Preissignal aussendet. Der im Hinblick auf das ausgabenrelevante Krankheitspanorama unvollständige morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich führt im Ergebnis jedoch zu einer Benachteiligung von Krankenkassen mit überdurchschnittlichen vielen Versicherten mit „falschen“ Krankheiten, weil diese im Risikostrukturausgleich infolge der gesetzlichen Beschränkung auf maximal 80 Krankheiten nicht in Form eigenständiger Risikozuschläge berücksichtigt werden. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die offene Flanke des Kassenwettbewerbs nicht in einem mangelnden Preis-, sondern in einem nicht erkennbaren Qualitätswettbewerb besteht. Zur Realisierung eines Qualitätswettbewerbs zur Realisierung von mehr Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Sinne von Patienten und Versicherten benötigen die Krankenkassen vor allem adäquate Instrumente – insbesondere verbesserte Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge. Der Ausbau einer konsistenten Wettbewerbsordnung zur Realisierung eines solchen Vertragswettbewerbs ist jedoch im vorliegenden Gesetzentwurf in keiner Weise zu erkennen.

Ein praktisches Problem im Zusammenhang mit dem Instrument Zusatzbeitrag entsteht durch die absehbaren Zahlungsausfälle. Schon bislang werden bis zu einem Drittel der Zusatzbeiträge nicht bezahlt. Diese Entwicklung ist in mehrerlei Hinsicht problematisch. Erstens werden Krankenkassen zukünftig in steigendem Ausmaß zu Inkassostellen, um säumige Versicherte zur Beitragszahlung zu bringen. Abgesehen davon, dass den Krankenkassen hierzu nur beschränkte Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, erhöht dies massiv die mit dem Instrument Zusatzbeitrag verbundenen Bürokratiekosten. Zweitens entstehen durch die Zahlungsausfälle Wettbewerbsverzerrungen wenn – und hiervon ist auszugehen – der Anteil säumiger Versicherter ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt ist. Drittens wird sich das Problem verschärfen, wenn der Zusatzbeitrag in Zukunft einen immer größeren Anteil der GKV-Ausgaben finanzieren muss. Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass der Anteil säumiger Versicherter nach dem Anstieg der pauschal von den Versicherten zu erhebenden Pauschalbeiträge massiv angestiegen ist.

Zu Nummer 19: § 242b SGB V – Sozialausgleich

Für die Administration des im Gesetzentwurf vorgesehenen Sozialausgleichs ist die Zusammenführung von Einkommensinformationen der betroffenen Mitglieder aus verschiedenen Quellen notwendig. In anderen Ländern mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich (Niederlande, Schweiz) wird diese Aufgabe von den Finanzbehörden wahrgenommen. Im Gesetzentwurf sind hierfür Krankenkassen, Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger zuständig. Es ist zweifelhaft, ob diese Kompetenzzuordnung datenschutzrechtlichen Anforderungen standhält. Dieses Vorhaben wird darüber hinaus die ohnehin schon substanziellen Bürokratiekosten des Sozialausgleichs in die Höhe treiben. Von einem automatisierten Verfahren kann in diesem Zusammenhang keine Rede sein. Geradezu grotesk ist die im Gesetzentwurf enthaltene Schätzung der Bürokratiekosten (3 Mio. Euro pro Jahr) durch den Sozialausgleich (vgl. S. 7 des Gesetzentwurfs). Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit einem weitgehend reibungslos organisierten Sozialausgleich über die Finanzbehörden in den Niederlanden schätzt der Unterzeichnete die Bürokratiekosten bei Krankenkassen, Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern in Deutschland auf mindestens 250 Mio. Euro pro Jahr.

Gesamtwürdigung

Das GKV-FinG soll in seiner Gesamtheit laut Gesetzesbegründung eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen, das derzeitige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher gestalten und die Beitragszahler durch einen gerechten Sozialausgleich vor einer übermäßigen Belastung schützen. Keines dieser Ziele wird nach Auffassung des Sachverständigen durch den Gesetzentwurf erreicht. Vielmehr werden bestehende Verteilungsungerechtigkeiten der GKV-Finanzierung verschärft und die Bürokratiekosten durch einen nicht nachhaltig finanzierten Sozialausgleich in die Höhe getrieben. Von einer Annahme des Gesetzentwurfs ist daher dringend abzuraten.

Fulda, den 14. Oktober 2010

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Greß', with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr. Stefan Greß

Leiter des Fachgebiets
Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda