

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(48)  
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.  
10\_GKV-FinG\_Blöcke I+II  
23.10.2010

**Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**

AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheits-  
politik und Gesundheitssoziologie

Telefon: (0521) 106 - 4565  
Telefax: (0521) 106 - 89049  
E-Mail: [thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de](mailto:thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de)  
[www.uni-bielefeld.de/gesundhw](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw)  
Raum: L6-122

Bielefeld, 23.10.2010

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) (Bundestagsdrucksache 17/3040)**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

haben Sie vielen Dank für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung. In der Anlage erhalten Sie meine schriftliche Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)**

### **Block I: Beitragssatz, Zusatzbeiträge, Sozialausgleich**

#### **Versicherungsfreiheit (§ 6 SGB V)**

Von der Wiedereinführung einer Möglichkeit zum Wechsel in die PKV nach einer nur einjährigen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze werden vor allem Junge, Gesunde und Singles Gebrauch machen, denn diese Personenkreise können sich von einem Wechsel einen finanziellen Vorteil erwarten. Schon jetzt sind die Einkommen der PKV-Mitglieder im Durchschnitt höher und der Gesundheitszustand im Durchschnitt besser als bei gesetzlich Krankenversicherten. Diese Ungleichgewichte würden sich mit der anvisierten Änderung des § 6 SGB V weiter verstärken. Damit wird zugleich die Finanzierungsbasis der GKV geschwächt, weil sie aufgrund dieser Bestimmung in erster Linie Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen und unterdurchschnittlichem Behandlungsbedarf verliert.

Die gesetzlichen Krankenkassen werden im Wettbewerb um diese Personenkreise mit der PKV nicht mithalten können, weil sie vielfältigen sozialrechtlichen Vorschriften unterliegen, von denen die privaten Krankenversicherer befreit sind. Die in den letzten Jahren zu beobachtenden Bemühungen, die gesetzlichen Krankenkassen über Wahltarife (Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung) für Besserverdienende attraktiver zu machen, haben angesichts der großen Unterschiede zwischen gesetzlichem Beitrag und privater Prämie sehr wahrscheinlich nur einen geringen Effekt auf die Haltefähigkeit der GKV. Insofern ist auch die in der Gesetzesbegründung aufgestellte Behauptung, die in Rede stehende Fristenverkürzung verstärke den Wettbewerb zwischen GKV und PKV, irreführend. Zudem führen diese Tarife innerhalb der GKV zu einer wachsenden Ungleichbehandlung von Alten und Kranken, für die solche Tarife nicht in Frage kommen, auf der einen Seite sowie Jungen und Gesunden auf der anderen Seite. Die Spaltung der Gesellschaft, die aus der Trennung von privat und gesetzlich Krankenversicherten resultiert, findet auf diese Weise in der GKV-Gemeinschaft ihre Fortsetzung.

#### **Allgemeiner Beitragssatz (§ 241 SGB V)**

Die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den vergangenen Jahrzehnten nicht primär wegen einer ausufernden Ausgabenentwicklung gestiegen, sondern wegen der schrumpfenden Einnahmehasis. Seit Mitte der 70er Jahre schwankt der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt etwa zwischen 5,6 und 6,6 Prozent – lediglich das Jahr 2009 markiert (in erster Linie wegen des Wirtschaftseinbruchs in der Folge der Finanzmarktkrise) mit 7,1 Prozent einen Ausreißer. Insgesamt stellt sich also die Ausgabenentwicklung keineswegs als dramatisch dar. Wichtige Gründe für die Erosion der Einnahmehasis sind die Beschränkung der Beitragsbemessungsgrundlagen auf Löhne und Gehälter (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) sowie die Beschrän-

kung des pflichtversicherten Personenkreises. Seit Mitte der 70er Jahre bleibt der Anstieg der Löhne und Gehälter deutlich hinter dem Anstieg des Volkseinkommens zurück und verzeichnen die gesetzlichen Krankenkassen eine starke Abwanderung von Versicherten in die PKV. Allein zwischen 1996 und 2009 stieg die Zahl der Krankheitsvollversicherten vom 7,0 auf 8,7 Millionen Personen.

Eine stabile und nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung setzt voraus, dass diese Beschränkung aufgegeben wird: Sie erfordert die Erweiterung der Beitragsbemessung auf andere Einkunftsarten (z.B. Einnahmen aus Kapitalgeschäften, aus Vermietung und Verpachtung) sowie die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung. Da der vorliegende Gesetzentwurf auf diese Maßnahmen verzichtet, wird er nicht zu einer stabilen und nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Die nun vorgesehene Anhebung der Beitragssätze auf 15,5 Prozent steht in der Tradition der seit Jahrzehnten verfolgten Gesundheitspolitik. Sie verstärkt die bestehenden Gerechtigkeitsdefizite in der Krankenversicherung: Da der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen die skizzierten Strukturveränderungen nicht vorsieht, wird die Beitragssatzanhebung nur wirksam für die sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelte, nicht aber für Arbeitseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und für Einkommen aus anderen Einkunftsarten. Nicht zuletzt soll darauf hingewiesen werden, dass der Gesetzentwurf auf eine Rückkehr zur bis 2005 geltenden paritätischen Finanzierung des Beitragssatzes verzichtet. Zwar soll der Anstieg um 0,6 Beitragssatzpunkte zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden, aber der von CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingeführte Sonderbeitrag für die Versicherten in Höhe von 0,9 Prozent bestehen bleiben.

Das beabsichtigte Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wäre ein weiterer großer Schritt weg vom Grundsatz der paritätischen Finanzierung, der bereits 2005 mit der erwähnten Einführung des Sonderbeitrags aufgeweicht worden war. Während die Arbeitgeber bisher automatisch an den steigenden Kosten der Krankenversorgung beteiligt wurden, würden die voraussichtlich weiter ansteigenden GKV-Ausgaben künftig einseitig den Versicherten aufgebürdet werden. Die im Koalitionsentwurf anvisierte Maßnahme ist aus unterschiedlichen Gründen abzulehnen. Erstens verletzt sie den Grundsatz des sozialen Interessenausgleichs zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, der der paritätischen Finanzierung zugrunde liegt. Zweitens begründet sich die paritätische Finanzierung auch mit der spezifischen Rolle der Arbeitgeber bei der Entstehung von medizinischem Versorgungsbedarf und mit dem Nutzen, den sie aus einer hochwertigen Krankenversorgung. Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass die Erwerbsarbeit zu den wichtigsten Entstehungsursachen von Erkrankungen und gesundheitlichem Versorgungsbedarf zählt. Dies geschieht, indem Arbeitgeber die Arbeitskraft ihrer Beschäftigten nutzen, um eigene Zwecke zu verfolgen, nämlich Gewinne zu erzielen und zu erhöhen. Zwar bringen die Arbeitgeber allein die Beiträge für die gesetzliche Unfallversi-

cherung auf, jedoch kompensiert diese nur einen sehr kleinen Teil der durch die Arbeit entstehenden Gesundheitsschäden, nämlich die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Die Kosten für die Behandlung des bei weitem größten Teils dieser Gesundheitsschäden, nämlich der arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen, werden hingegen der gesetzlichen Krankenversicherung auferlegt. In dem Maße, wie die Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von den GKV-Ausgaben abgekoppelt werden, wird es ihnen gestattet, Produktionskosten zu externalisieren und der Gesellschaft aufzuerlegen. Drittens profitiert der Arbeitgeber von einer hochwertigen Krankenbehandlung auch deshalb, weil diese dazu beiträgt, die Arbeitsfähigkeit erkrankter Arbeitskräfte rasch wiederherzustellen und damit die direkten und indirekten Kosten der Arbeitsunfähigkeit zu begrenzen. Auch dieser Effekt begründet eine paritätische Lastenverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bei der Finanzierung der Krankenversicherung.

Schließlich sinkt mit der Festschreibung des Beitragssatzes auch das Interesse der Arbeitgeber an einer wirkungsvollen Kostendämpfung und droht damit deren gesellschaftspolitisches Gewicht für eine Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung verloren zu gehen.

### **Zusatzbeitrag und Sozialausgleich (§§ 221b, 242, 242a, 242b SGB V)**

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Mischfinanzierung aus Versichertenbeiträgen, Steuerzuschüssen und einer einkommensunabhängigen Arbeitnehmerpauschale vor. Die bisherige Begrenzung des Zusatzbeitrags soll aufgehoben werden; der Zusatzbeitrag ist demzufolge – wie bisher – ausschließlich von den Arbeitnehmern und – anders als bisher – ausschließlich als Pauschalbeitrag zu entrichten. Auf diese Weise soll der Zusatzbeitrag in den nächsten Jahren ein wachsendes Gewicht erhalten und damit zum Türöffner für die Umstellung des Finanzierungssystems auf eine Kopfpauschale werden. Ein steuerfinanzierter Zuschuss soll dafür sorgen, dass die Belastung durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht mehr als zwei Prozent des individuellen Bruttoeinkommens beträgt.

Die Realisierung dieser Vorhaben würde eine grundsätzliche Abkehr vom derzeitigen Finanzierungsmodus in der GKV und einen Einstieg in eine Finanzierung auf der Grundlage einer Kopfpauschale bedeuten. Der Grundsatz einer solidarischen Finanzierung würde damit vollständig aufgegeben werden. Dies betrifft erstens die Lastenverteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Ausschließlich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssten die aller Voraussicht nach steigenden Ausgabenüberhänge in der GKV tragen. Während der Arbeitgeberbeitragssatz bei 7,3 Prozent eingefroren wird, müssten die Arbeitnehmer bis zu 10,2 Prozent ihres Einkommens für die GKV entrichten. Zweitens würde das gegenwärtig schon existierende Gerechtigkeitsdefizit unter den Versicherten weiter verstärkt, denn die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen würden durch den pauschalen Zusatzbeitrag in besonderer Weise belastet werden. Geht man mit dem Bundesversicherungsamt von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich 16 Euro im Jahr 2014

aus, so zahlt ein Versicherter mit einem Bruttoeinkommen von 800 Euro einen Beitragssatz von 10,2 Prozent, bei 2.000 Euro 9,0 Prozent und bei 3.750 Euro 8,6 Prozent. Bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze geht der Beitragssatz noch einmal deutlich zurück und beträgt z.B. bei einem Einkommen von 6.000 Euro nur noch 5,4 Prozent. Allerdings zählt die degressive Belastung von Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze schon jetzt zu den gravierenden Gerechtigkeitsdefiziten in der GKV. Dieses Merkmal wird durch die vorgesehenen Reformen in zweierlei Hinsicht verschärft: zum einen wird die größere wirtschaftliche Leistungskraft höherer Einkommen bei einem pauschalen, unbegrenzten Zusatzbeitrag nicht berücksichtigt, zum anderen greift die Degression auf Grund des pauschalen Zusatzbeitrags nun auch bei den Pflichtversicherten.

Für viele können die Folgen noch gravierender sein, nämlich wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegt. Da die Kasse von den Versicherten eine Zusatzpauschale in unbegrenzter Höhe erheben kann, aber der Sozialausgleich nur nach dem vom Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich prognostizierten durchschnittlichen Zusatzbeitrag bemessen wird, gleicht er nicht eine kassenindividuell höhere Belastung aus.

Hinzu kommt, dass parallel die private Krankenversicherung als Krankheitsvollversicherung bestehen bleibt, ja der Zugang für Besserverdienende zu diesem Versicherungssegment sogar erleichtert werden soll (s.o.). Kein anderes Land zumindest in der EU-15 gestattet einem derart großen Teil seiner Bevölkerung den Ausstieg aus der solidarisch finanzierten Krankenbehandlung. Auch die beiden Gesundheitssysteme in Europa, die eine Kopfpauschale bei der Finanzierung ihres Gesundheitswesens anwenden (Niederlande, Schweiz) verfügen über ein einheitliches Krankenversicherungssystem für die ganze Bevölkerung.

Die Belastung Besserverdienender über die Finanzierung des Steuerzuschusses wird deren Entlastung bei der Aufbringung der Krankenversicherungsbeiträge nicht ausgleichen. Ein erheblicher Teil des gesamten Steueraufkommens besteht aus Verbrauchssteuern, bei denen der Steuersatz für alle Personen – unabhängig vom Einkommen – gleich hoch ist. Zu einem relevanten Teil finanzieren die Leistungsempfänger den Steuerzuschuss also selbst. Darüber hinaus bestehen vor dem Hintergrund der makro-ökonomischen bzw. makro-politischen Vorgaben (Verschuldung der öffentlichen Haushalte, Vorgaben der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion, Verankerung einer Schuldenbremse im Grundgesetz, Festhalten an Steuersenkungsplänen in der Koalition) erhebliche Zweifel an der Stabilität und Nachhaltigkeit der staatlichen Transferzahlungen.

Angesichts der Konstruktion des vorgesehenen Finanzierungssystems ist die Bezeichnung des steuerfinanzierten Zuschusses zur Begrenzung der Durchschnittsbelastung als „Sozialausgleich“ unzutreffend.

Die Koalitionsfraktionen verfolgen mit der Finanzierungsreform nicht nur das Ziel einer Abkoppelung der Arbeitgeberbeiträge von den Lohnkosten, sondern schreiben ihr auch eine ordnungspolitische Funktion zu: Die pauschale Bemessung des Zusatzbeitrags soll als eindeutig identifizierbares Preissignal wirken und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstärken. Demgegenüber ist einzuwenden, dass die Finanzlage der Krankenkassen stark von der Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaft beeinflusst wird, denn der Risikostrukturausgleich bleibt nach wie vor nur auf einen Teil der Krankheiten beschränkt. Daher ist der Zusatzbeitrag auch kein zuverlässiger Indikator für die Leistungsfähigkeit und Effizienz einer Krankenkasse. Diejenigen Krankenkassen, die einen überdurchschnittlichen Anteil von Personen mit erhöhtem Behandlungsbedarf versichern, werden auch weiterhin im Wettbewerb strukturell benachteiligt. Insofern haben wir es mit einem verzerrten Wettbewerb zu tun. Für die Ausrichtung des Kassenhandelns bedeutet dies, dass Krankenkassen auch künftig versuchen werden, ihre Wettbewerbsposition durch Risikoselektion zu verbessern.

## **Block II: Begrenzung der Ausgaben**

### **Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen (§ 4 SGB V)**

Wenn es um Einsparmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung geht, wird häufig auf die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen verwiesen. Sie geraten auch deshalb ins Visier von Sparanstrengungen, weil zurecht das Postulat existiert, ein möglichst hoher Teil der Beiträge solle direkt „beim Patienten ankommen“, also für die unmittelbare Krankenversorgung aufgewendet werden. Verwaltungsausgaben werden vor diesem Hintergrund misstrauisch betrachtet. In der Tat kann und muss gefragt werden, ob alle Ausgaben für Verwaltung notwendig oder gerechtfertigt sind. Dies gilt etwa für die Gehälter mancher Führungskräfte in den Krankenkassen, die das Bundesverfassungsgericht im Übrigen der mittelbaren Staatsverwaltung zurechnet.

Insgesamt aber bleibt festzuhalten, dass die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen mit einem Anteil von rund sechs Prozent im internationalen Vergleich sehr niedrig sind. Dies gilt insbesondere im Vergleich zu dem stark privatwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten, aber auch im Vergleich zu jenen Krankenversicherungssystemen, die ähnliche institutionelle Merkmale aufweisen wie Deutschland (Schweiz, Niederlande).

Zudem werden Verwaltungsausgaben in der politischen Rhetorik häufig mit überflüssiger Bürokratie gleichgesetzt, in vielen Fällen zu Unrecht. Ein großer Teil der Verwaltungsausgaben ist unmittelbar auf die Versorgung bezogen und unmittelbar von deren Umfang abhängig. Verwaltungsausgaben dienen auch der Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens. Gerade der politisch vorangetriebene Wandel der Krankenkassen vom payer zum player hat deren Verwaltungsaufwand (z.B. für Werbung, Qualitätssicherungs- und andere Kontrollmaßnahmen, Transaktionskosten für den Abschluss von Versorgungsverträgen) beträchtlich erhöht. Die wachsende Komplexität der Aufgaben bringt eine immanente Tendenz zur Erhöhung des Verwaltungsaufwands hervor. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint die vorgesehene Begrenzung der Verwaltungsausgaben als nicht berechtigt. Schließlich sei auch darauf hingewiesen, dass die Ausgaben für Verwaltung mit der Einführung des Wettbewerbs, mit der Ökonomisierung und Privatisierung des Krankenversorgungssystems steigen. Denn die Einführung finanzieller Anreize bringt zum Zweck der Vermeidung von Ausweichreaktionen der Leistungsanbieter eine Erhöhung des Kontrollaufwands mit sich. Darüber hinaus steigt der Bedarf an Werbung und mit der Differenzierung der Versicherungskonditionen ebenfalls der Aufwand für die Prüfung von Versichertenansprüchen. Wettbewerb und Bürokratie sind keine Gegensätze, sondern zwei Seiten einer Medaille.

### **Begrenzung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung (§§ 7 und 10 KHEntG, § 6 BPfIV)**

Einsparungen sollen vor allem durch die Erhebung eines Mehrleistungsabschlags in Höhe von 30 Prozent und durch eine Halbierung der Veränderungsrate in den Jahren 2011 und 2012 erzielt wer-

den. Durch eine Reduzierung der Vergütung für Leistungen, die über die vereinbarte Menge hinausgehen, drohen entweder ein Qualitätsverlust oder eine Leistungsverweigerung, weil diese Leistungen kaum in der notwendigen Qualität kostendeckend erbracht werden können. Die Halbierung der Veränderungsrate begünstigt einen weiteren Personalabbau und eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Krankenhausversorgung. Die Kräfteverhältnisse zwischen den Berufsgruppen geben Grund zu der Vermutung, dass sich dieser Trend vor allem zu Lasten des Pflegepersonals auswirken würde. Schon jetzt stellen die aus den Arbeitsbedingungen resultierenden Belastungen für Ärzte und Pflegepersonal eine Gefahr für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten dar. Die genannten Vorhaben stellen administrative Ausgabenbegrenzungen dar; eine Erschließung von Rationalisierungsreserven wird damit nicht erreicht. Eine Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven würde eine erhebliche Erhöhung der Krankenhausinvestitionen voraussetzen, um die vielfach nicht gegebenen baulichen Voraussetzungen für effiziente Arbeitsabläufe in der Krankenhausversorgung zu schaffen.

### **Ausgabenbegrenzung für Vertrags(zahn)ärzte und in der hausarztzentrierten Versorgung (§§ 73b, 85 und 87d SGB V)**

Auch für die Vertrags(zahn)ärzteschaft soll die Zuwachsrate der Gesamtvergütung im Verhältnis zur Grundlohnsummensteigerung halbiert und das Honorarniveau in der hausarztzentrierten Versorgung bei Neuverträgen begrenzt werden. In den vergangenen Jahren haben die Vertragsärzte kräftige Honorarsteigerungen realisieren können. Unter diesem Gesichtspunkt kommen sie mit den genannten Maßnahmen überaus glimpflich davon. Die Honorarbegrenzung für die hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet allerdings die Gefahr, dass – unbeschadet des Problems der Schaffung eines de-facto-Vertragsmonopols für den Hausärzterverband – damit die finanzielle Attraktivität der Hausarztstätigkeit sinkt. Soll die hausärztliche Lotsen- und Koordinierungsfunktion ein Schlüssel für die Lösung der Versorgungsprobleme in einer älter werdenden Gesellschaft sein, so ist es erforderlich, dass die hausärztliche Tätigkeit auch finanziell gegenüber der Spezialistentätigkeit attraktiver wird.

Insgesamt handelt es sich bei den vorgesehenen Maßnahmen um lediglich kurzfristig ausgerichtete administrative Ausgabenbegrenzungsversuche. Es unterbleiben hingegen durchgreifende Strukturreformen, die auf die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und in der Krankenhausversorgung zielen.

### **Gesamtwürdigung**

Die vorgesehene Reform trägt nicht zu einer stabilen, nachhaltigen und sozial gerechten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Vielmehr führt sie zu einer Verschärfung der sozialen Schieflage bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, indem sie künftige Ausgabenüberhänge ausschließlich den Arbeitnehmern auferlegt und innerhalb der Versichertengemeinschaft vor allem die Bezieher geringer und mittlerer Einkommen belastet. Gleichzeitig wird auf not-



wendige Strukturreformen bei der Gestaltung des Versicherungs- und Versorgungssystems verzichtet. Daher ist mit großem Nachdruck eine Ablehnung der Reform zu empfehlen.