

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0074(1)

gel. VB zur Anhörung am 25.10.

10\_GKV-FinG\_Block I

12.10.2010



## Stellungnahme

### **zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV – FinG)**

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Die Finanzierungsverantwortung dafür wurde in den vergangenen Jahren einseitig auf die Bürgerinnen und Bürger abgewälzt und damit die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens beendet. Es gilt nun, ein Gesundheitssystem mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung und einer nachhaltigen, solidarischen Finanzierung zu rekonstruieren.

Das Gesetzgebungsverfahren für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV – FinG) wurde eingeleitet, um einem von der Bundesregierung prognostizierten Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 11 Mrd. Euro in 2011 zu begegnen. Die offenkundig gewordenen Defizite, die Mängel bei der Schaffung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, sowie die Probleme der Finanzierbarkeit liegen nicht in den Grundsätzen einer solidarischen und gerechten sozialen Sicherung begründet. Daher sieht der Paritätische weder eine Notwendigkeit für Leistungskürzungen, noch eine Notwendigkeit für einen Bruch mit den bewährten Prinzipien der sozialen Krankenversicherung. Reformen im Gesundheitswesen müssen sich an den Kriterien der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Gerechtigkeit und Umsetzbarkeit messen lassen. Wir brauchen bei einer Reform eine Steigerung von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit, Solidarität und Qualität in der Versorgung.

Der nun vorliegende Regierungsentwurf wird den Grundprinzipien einer hochwertigen und gerechten Versorgung nicht gerecht. Zum einen sollen qualitativ hochwertige Leistungen beschränkt werden, zum anderen sollen die Finanzierungslasten einseitig den Bürgerinnen und Bürgern aufgebürdet werden. Beide Reformansätze lehnt der Paritätische ab.

Der Paritätische kritisiert darüber hinaus grundsätzlich, dass der Entwurf die bestehende Deckungslücke für die Krankenversicherungsbeiträge von in der PKV-Pflichtversicherten Sozialleistungsempfängern enthält.

Seit 01.01.2009 sind zuvor in der PKV-Versicherte ohne Krankenversicherungsschutz verpflichtet, sich in der PKV zu versichern. Dies ist in § 5 Abs. 5a SGB V bestimmt. Die PKV wurde gleichzeitig verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der den sich aus der Beitragsbemessungsgrenze des Vorjahres ergebenden Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen darf. Dies ist in § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz gere-

gelt. Für hilfsbedürftige Versicherte muss die PKV die Beiträge nochmals halbieren, so dass diese sich im Basistarif für maximal 290,62 Euro/Monat versichern können. Die ARGEN übernehmen jedoch lediglich einen Anteil in Höhe der Beiträge für Pflichtversicherte in der GKV in Höhe von 129,54 Euro. Es bleibt eine von den einkommensarmen Personen monatlich selbst zu tragende Summe in Höhe von bis zu 161,08 Euro.

Unstreitig ist jedoch, dass die Mindestkrankenversicherung nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2008 – 2 BvL 1/06 zum Existenzminimum gehört und damit einen unabweisbaren Bedarf begründet. Verschiedene Landessozialgerichte haben deshalb entschieden, dass Jobcenter und Sozialämter die ungedeckten Kosten zusätzlich übernehmen müssen, obwohl die Kostenübernahme eigentlich durch § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II begrenzt ist. Der Gesetzgeber hat es jedoch seit 2007 unterlassen, die entstandene Gesetzeslücke zu schließen. Die Folge ist eine wachsende Verschuldung der zurzeit etwa 15.000 Betroffenen und eine inakzeptable Rechtsunsicherheit für diese Personengruppe, für Versicherungen und Jobcenter gleichermaßen.

Aus Sicht des Paritätischen bedarf es einer gesetzlichen Regelung, die einen individuellen Leistungsanspruch auf Übernahme der Kosten einer Pflichtversicherung gewährleistet. Er spricht sich jedoch dagegen aus, dass die Übernahme zu Lasten der Grundsicherungsträger bzw. des Bundes erfolgt. Der Paritätische schlägt statt dessen vor, den Höchstbeitrag für die verpflichtende Versicherung im Basistarif der PKV auf den zulässigen Höchstbeitrag für gesetzlich Versicherte Empfänger zu beschränken und damit die beiden Tarife von GKV und PKV mit ihrem bereits jetzt identischen Leistungsanspruch auch seitens der Mindestbeiträge gleichzustellen.

Zu den geplanten Änderungen nimmt der Paritätische wie folgt Stellung:

Zu § 6 SGB V:

Die beabsichtigte Regelung zielt darauf, in § 6 Abs. 1 S. 1 SGB V und verbundenen Regelungen den Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) zu erleichtern und die erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Voraussetzung einer dreijährigen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze auf ein Jahr zu reduzieren.

Der Paritätische lehnt die geplante Neuregelung ab, da sie dem Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als eines solidarischen Versicherungssystems widerspricht. Gerade für besonders gut verdienende, besonders gesunde „gute Risiken“ wird ein Wechsel in eine Private Versicherung erleichtert. Durch die Schwächung des Ausgleichscharakters der GKV wird auch ihre bisher noch bestehende Ausnahmestellung gegenüber dem europäischen Wettbewerbs- und Beihilfenrecht Wett signifikant geschwächt.

Die prognostizierten Mindereinnahmen von insgesamt rund 0,24 Milliarden Euro in PKV und GKV hält der Paritätische für durchaus optimistisch. Trotz der geplanten Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist auf der Basis der Übertritte in den Jahren vor der Einführung des Kriteriums des dreimaligen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze mit höheren Einnahmeausfällen zu rechnen.

Die geplante Neuregelung würde dazu führen, die unsolidarische Finanzierung des Gesundheitswesens weiter fortzuschreiben und zu verfestigen. Der Paritätische spricht sich deshalb für die Beibehaltung der bestehenden Regelung bei gleichzeitiger Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV auf das Niveau der entsprechenden Grenze in der Rentenversicherung aus. Grundsätzlich fordert der Paritätische einen Systemwechsel hin zu einer sozialen Bürgerversicherung, in der alle steuerlichen Einkommen bei der Beitragsbemessung herangezogen und Beitragsbemessung und Versicherungspflichtgrenze angehoben werden.

#### Zu §§ 241 SGB V

Mit dem Gesetzentwurf soll der allgemeine Beitragssatz auf 15,5 Beitragssatzpunkte angehoben und gesetzlich festgeschrieben werden. Darüber hinausgehende Ausgabensteigerungen gehen zu Lasten der Mitglieder der GKV, die zusätzlich durch die Anhebung des Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte belastet werden. Die Abkehr von der paritätischen Finanzierung des Gesundheitswesens wird fortgeschrieben.

Der Paritätische lehnt die geplante Anhebung der Beitragssätze, die Fortschreibung der einseitigen Lastenverschiebung auf die Versicherten und damit die weitere Abkehr von der paritätischen Finanzierung ab. Die geplanten Maßnahmen sind weder alternativlos noch durch den internationalen Wettbewerb geboten.

Die Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung könnten im Gegenteil nachhaltig und signifikant gesenkt werden, wenn die Finanzierungsgrundlage der GKV auf das Einkommen insgesamt als Bemessungsgrundlage verbreitert wird. Die Einbeziehung aller Einkommensarten für die Beitragsbemessung entspricht den Grundsätzen der Sozialversicherung. Dem wachsenden Stellenwert von zusätzlichen Einkommensquellen neben Lohn und Rente muss Rechnung getragen werden. Deshalb sollte die Beitragsbemessung auf alle Einkommensarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze erweitert werden. Durch eine solche Verbreiterung der Finanzierungsbasis könnte kurzfristig eine nachhaltige Senkung der Krankenversicherungsbeiträge erreicht werden. Ein solches Verfahren würde eine massive Senkung der Lohnnebenkosten bedeuten und aufgrund des halben Beitragssatzes und der Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze gleichzeitig für alle Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zumutbar bleiben.

Da durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten eine genauere Erfassung der Leistungsfähigkeit der Versicherten möglich ist, empfiehlt sich in dem Zusammenhang eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze an das bereits in der Gesetzlichen Rentenversicherung geltende Niveau. Damit wird auch der Versicherungscharakter gegenüber einem steuerfinanzierten System hervorgehoben.

Empfohlen wird, die Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf 100 % der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung auszuweiten. Dadurch wird die Beitragsbemessungsgrundlage erweitert, die Abhängigkeit der Beitragseinnahmen von den Löhnen verringert und der veränderten Gewichtung der Einkommensarten im Sinne einer solidarischen Finanzierung Rechnung getragen. Die finanziellen Grundlagen der GKV werden dadurch weiter verstärkt, die

Nachhaltigkeit der Finanzierung und eine dauerhafte Senkung der Beiträge gesichert.

Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgerechnet der einkommensstärkste Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine Private Krankenversicherung dem Solidarausgleich entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pendant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzusehen. Den rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem notwendigen Bestandsschutz ist dabei soweit als notwendig Rechnung zu tragen.

Bis dahin ist zu prüfen, inwieweit private Krankenversicherungen angemessen in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden können, damit sich nicht ausgerechnet der einkommensstärkste Teil der Bürger dem allgemeinen Solidarausgleich entziehen kann.

Zu §§ 242, 242a und 242b SGB V

Mit der Neuregelung dieser Paragraphen soll den Kassen die Möglichkeit genommen werden, den Zusatzbeitrag als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen zu erheben. Gleichzeitig soll die bisherige Begrenzung der Beiträge auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen entfallen. Zudem soll die Monitoringklausel zur bisherigen Überforderungsklausel gestrichen werden, wonach dem Bundestag über Erfahrungen mit der Überforderungsklausel zu berichten ist. Darüber hinaus sollen Säumniszuschläge in erheblicher Höhe eingeführt werden.

Der Paritätische lehnt die geplanten Neuregelungen ab. Die einseitige Belastung der Versicherten wird damit deutlich erhöht und fortgeschrieben. Der Paritätische weist darauf hin, dass allein das Volumen der Zuzahlungen der Versicherten bei über 14 Milliarden € liegt. Die Belastungen der Versicherten dadurch noch weiter zu erhöhen und die bisherige Begrenzung der Zusatzbeiträge auf ein Prozent zu streichen, ist unangemessen und unnötig. Der Paritätische weist darauf hin, dass die Planungen insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen treffen würden. Ihre Belastungen sind bereits jetzt überproportional.

Der Paritätische fordert, die bestehende Überforderungsklausel beizubehalten. Zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens wird auf die Ausführungen zu § 241 SGB V verwiesen.

## **A) Artikel 5, Krankenhausentgeltgesetz** **§ 4 Absatz 2a KHEntgG**

Zur Minderung des Ausgabenzuwachses für Krankenhausleistungen sollen für Mehrleistungen nach § 7 Absatz 1, Satz 1 Nr. 1 und 2 ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 % eingeführt werden. Weiter soll die Höhe des Abschlags in 2012 vertraglich vereinbart werden. Diese Regelung lehnen wir ab, da für eine Vergütung in Höhe von 70 % die genannten Leistungen nicht in der erforderlichen Qualität erbracht werden können. Außerdem findet bereits auf Landesebene eine Absenkung von Leistungssteigerungen nach § 10 Absatz 3, Satz 1 Nr. 4 KHEntgG statt.

### **§ 10 Absatz 4 KHEntgG**

Die Höhe der Veränderungsrate soll für die Jahre 2011 und 2012 halbiert werden. Damit würde die ohnehin zu niedrige Rate um 50 % abgesenkt. Dies ist unverständlich, da die zu niedrige Rate durch einen Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern ersetzt werden sollte, der nun nicht zur Anwendung kommen soll. Mit einer Halbierung der zu niedrigen Veränderungsrate wären tariflich bedingte Personalkostensteigerungen nicht finanzierbar, was zwangsläufig zu einem weiteren Personalabbau führen müsste. Aus diesem Grund lehnen wir die vorgesehene Änderung ab.

### **B) Artikel 7, Bundespflegesatzverordnung**

#### **§ 6 Absatz 1 BPfIV**

Der Zuwachs des von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandelnden Gesamtbetrages soll für die Jahre 2011 und 2012 auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt werden. Dies soll für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gelten, für besondere Einrichtungen nach § 17 b Absatz 1, Satz 15 KHG, sowie für zu vereinbarende Entgelte nach § 6 Absatz 1 und 2a KHEntgG. Diese Regelung lehnen wir ab, da hierdurch Leistungen nicht in der erforderlichen Qualität erbracht werden können, sowie die Personal- und Sachkostensteigerungen nicht refinanziert werden können.

#### **§ 6 Absatz 2 BPfIV**

Die halbierte Veränderungsrate soll im Krankenhausbereich durchgängig Anwendung finden, auch für die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in 2011 und 2012. Diese Regelung wird abgelehnt. Durch diese Regelung wäre es nicht möglich, das Personal in den Krankenhäusern nach Tariflohn zu bezahlen.

Die Budgetabschlüsse der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sollen Grundlage für eine budgetneutrale Umstellung auf ein neues pauschalierendes Entgeltsystem ab dem Jahr 2013 sein. Ohne eine ausreichende Finanzierung der genannten Einrichtung ist eine solche Umstellung nicht möglich.

Berlin, 08. Oktober 2010  
Paritätischer Gesamtverband