

Volkssolidarität Bundesverband e.V.
Alte Schönhauser Straße 16, 10119 Berlin

An den Vorsitzenden des
Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Edgar Franke MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(5)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
15.05.2014

Bundesverband e.V.
Bundesgeschäftsstelle

Alte Schönhauser Straße 16
10119 Berlin

Telefon: 030-27 89 70
Telefax: 030-27 89 39 59
bundesverband
@volkssolidaritaet.de

Bank für Sozialwirtschaft
BIC: BFSWDE33BER

Geschäftskonto:
IBAN: DE17 1002 0500 0003 5420 00

Spendenkonto:
IBAN: DE87 1002 0500 0003 5420 01

Steuernummer: 27/680/55179

Mitglied im PARITÄTischen
Wohlfahrtsverband

Donnerstag, 15. Mai 2014

Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e. V.

zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 21. Mai 2014

zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Bundestags-Drucksache 18/1307 vom 05.05.2014

Vorbemerkung

Als Sozial- und Wohlfahrtsverband mit 230.000 Mitgliedern und ca. 16.000 Beschäftigten im sozialen Bereich, darunter in der Alten- und Krankenpflege, berühren die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neu-Regelungen das Interesse der Volkssolidarität an einer qualitativ hochwertigen und nachhaltig finanzierten gesundheitlichen Versorgung.

Die nachfolgende Stellungnahme der Volkssolidarität bezieht sich auf grundlegende Regelungen des Gesetzentwurfs.

1. Zu Neuregelungen in der Finanzierungsstruktur der GKV

Die Volkssolidarität setzt sich seit vielen Jahren für die umlagefinanzierte paritätische Finanzierung der Gesundheitskosten durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein. Sie ist die entscheidende sozialstaatliche Grundlage für eine moderne und leistungsfähige gesundheitliche Versorgung. Mit der paritätischen Finanzierung der Gesundheitskosten geht der Grundsatz einher, dass die Versicherten entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Beiträge zahlen.

In der Vergangenheit wurde die paritätische Finanzierung jedoch einseitig zugunsten der Arbeitgeberseite verändert und die Versicherten stärker belastet. Zu nennen sind der Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Beitragssatzpunkten seit 2004, Zuzahlungen, Festbetragsregelungen sowie seit 2007 diverse Formen von Zusatzbeiträgen (darunter einkommensunabhängige pauschale Zusatzbeiträge, die so genannte Kopfpauschale).

Die Volkssolidarität begrüßt es daher, dass mit dem Gesetzentwurf die so genannte Kopfpauschale gestrichen werden soll (§ 242 SGB V n. F.).

Durch den damit verbundenen Wegfall des Sozialausgleichs erzielt der Bund Einsparungen bei den ursprünglich für diesen Zweck geplanten Mitteln, die im Jahr 2015 bei 0,2 Mrd. Euro, aber im Jahr 2018 bereits bei 2,1 Mrd. Euro liegen sollten. Hinzu kommen erhebliche Entlastungen im Bereich des Arbeitslosengeldes II.

Die Volkssolidarität wendet sich jedoch dagegen, dass

- mit der Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes im § 241 SGB V n. F. auf 14,6 Prozent der Beitragssatz der Arbeitgeberseite weiterhin bei 7,3 Prozent festgeschrieben bleiben soll. Dabei ist für diese Regelung im Gesetzentwurf ausdrücklich keine zeitliche Beschränkung vorgesehen.
- die Krankenkassen entsprechend § 242 SGB V n. F. von ihren Versicherten zusätzlich zu ihrem Anteil von 7,3 Prozent einkommensabhängige Beiträge als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen erheben können.

Eine solche Erhebung von Zusatzbeiträgen lehnt die Volkssolidarität ab, insbesondere vor dem Hintergrund der Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge.

Dafür sind folgende Gründe maßgeblich:

1. Schwächung der paritätischen Finanzierung

Auf den ersten Blick scheint die paritätische Finanzierung gewahrt, weil beide Seiten einen jeweils gleichen Beitragsanteil von 7,3 Prozent übernehmen. Durch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag entsteht jedoch eine nicht zu akzeptierende Schiefelage.

Darüber kann auch nicht hinwegtäuschen, dass der bisherige Sonderbeitrag von 0,9 Prozent ab dem 1. Januar 2015 gestrichen werden soll (für Rentnerinnen und Rentner allerdings erst ab 1. März 2015), wodurch eine Unterdeckung in Höhe von 11 Milliarden Euro entsteht.

Die Bundesregierung geht in der Begründung des Gesetzentwurfs davon aus, dass diese Unterdeckung durch Zusatzbeiträge kompensiert werden muss und somit nur für einen Teil der Versicherten die Beitragslast im Vergleich zu heute vorübergehend sinken könnte.

Während die Arbeitgeber aber gleichzeitig aus ihrer Mitverantwortung für die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich entlassen würden, hätten die Beschäftigten sowie die Rentnerinnen und Rentner künftig **sämtliche Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich** über Jahre hinaus allein zu tragen.

Der Anreiz für die Arbeitgeberseite, durch eigene Bemühungen der Gesundheitsvorsorge im betrieblichen Bereich – dringend notwendig angesichts älter werdender Belegschaften – Kosten einzusparen, würde erheblich geschwächt.

Eine solche Entsolidarisierung im Gesundheitsbereich ist nach Ansicht der Volkssolidarität nicht vertretbar.

Die Schwächung der paritätischen Finanzierung ist auch schwerlich mit den Anforderungen an eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitskosten vereinbar.

Denn es ist ernsthaft zu bezweifeln, ob der in den nächsten Jahren zu erwartende überdurchschnittliche Kostenanstieg für Gesundheitsleistungen bei mäßig steigenden Löhnen und Renten weitestgehend allein durch Zusatzbeiträge von Beschäftigten und Rentnern kompensiert werden kann, wenn gleichzeitig der Versichertenkreis nicht ausgeweitet und die Beitragsbemessungsgrenze kaum angehoben wird.

Es ist daher nicht verwunderlich, wenn auch von den zuständigen Ausschüssen des Bundesrates zum Gesetzentwurf Kritik daran geäußert wird, dass sich die „Beitragsschere durch die dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags schnell vergrößern (wird), zumal die wiederholte Kürzung des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung dazu beitragen wird, die Finanzrücklagen des Gesundheitsfonds schnell aufzuzehren“. Daraus abgeleitet folgt die Forderung an die Bundesregierung, „mittelfristig auf eine paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung hinzuwirken und bereits jetzt einen Mechanismus in den Gesetzentwurf aufzunehmen, der sicherstellt, dass Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag nicht zu stark auseinanderdriften“¹.

2. Belastungen für die Versicherten

Schon jetzt rechnen Gesundheitsökonominnen für 2017 mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von bis zu 1,5 Beitragssatzpunkten², so dass dann die Belastung der Versicherten bereits bei 8,8 Prozent liegen würde (7,3 Prozent Beitrag plus 1,5 Prozent Zusatzbeitrag). Folgt man der Annahme, dass mit einer jährlichen Steigerung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags von 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkten zu rechnen ist, so könnte der allein von den Beschäftigten und Rentnern zu zahlende Beitragssatz im Jahre 2022 bereits bei 10,3 Prozent liegen.

Hinzu kommen ferner eine Vielzahl von Zuzahlungen, die in Höhe von bis zu einem Prozent für chronisch Kranke und von bis zu zwei Prozent des Einkommens für alle anderen Versicherten anfallen können, sowie wachsende Eigenleistungen auf Grund von Festbetragszuschüssen beim Zahnersatz.

Allein diese Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung machten 2012 über 5,4 Mrd. Euro aus. Im Jahre 2013 erreichten sie trotz des Wegfalls der Praxisgebühr immer noch knapp 3,6 Mrd. Euro, d. h. einen Betrag, der ca. 0,3 Beitragssatzpunkten entspricht.³

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur künftigen Finanzierungsstruktur der GKV schwächen nicht nur die paritätische Finanzierung, sondern führen in absehbarer Zeit für viele Versicherte zu unzumutbaren Belastungen, insbesondere für Niedrigverdiener und Rentner, darunter viele chronisch Kranke.

¹ Bundesrats-Drucksache 151/1/14 vom 12.05.2014

² Siehe Prof. Jürgen Wasem, dpa-Interview am 26.03.2014

³ Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse 4. Quartal 2013, Bundesministerium für Gesundheit, Stand: 7. März 2014

Das Problem liegt vor allem in der **Summe der Belastungen**. Denn zu den steigenden Gesundheitskosten kommt hinzu, dass der Beitragssatz zur Pflegeversicherung, den Rentner seit 2004 allein tragen, von heute 2,05 Prozent (für Versicherte mit Kindern) ab 2015 schrittweise auf 2,55 Prozent angehoben werden soll und in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Beschäftigten spätestens ab 2018 ebenfalls mit einer höheren Beitragslast zu rechnen ist.

Hier besteht die Gefahr, dass soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung weiter ausgeprägt werden, anstatt sie abzubauen.

Für bestimmte Versichertengruppen, wie z. B. Bezieher von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch, ist im § 242 Absatz 3 SGB V n. F. vorgesehen, sie „nur“ mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V n. F. zu belasten.

Sofern der kassenindividuelle Zusatzbeitrag eines Bezieher von SGB-II-Leistungen den durchschnittlichen Zusatzbeitrag übersteigt, ist der bzw. die Betroffene vor die Wahl gestellt, entweder die Kasse zu wechseln und sich bei einer Kasse mit einem geringeren Zusatzbeitrag zu versichern oder den überschießenden Anteil des Zusatzbeitrags aus dem ohnehin zu niedrig bemessenen Regelsatz zu finanzieren.

Nach Art. 9 „Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“ des Gesetzentwurfs soll im § 32 Absatz 4 SGB XII geregelt werden, dass für Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ebenfalls nur die Übernahme des „durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 Absatz 3“ SGB XII erfolgt. Die Folgewirkungen für diesen Personenkreis sind die gleichen wie für diejenigen im Bereich des SGB II.

Die Volkssolidarität kritisiert, dass mit diesen Regelungen des Gesetzentwurfs für die betroffenen Bezieher von Grundsicherungsleistungen Benachteiligungen in der gesundheitlichen Versorgung verstärkt werden.

3. Negative Auswirkungen im Leistungsbereich

Gegen Zusatzbeiträge sprechen auch die Erfahrungen mit den pauschal erhobenen Zusatzbeiträgen in der Vergangenheit. Sie zeigen, dass mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen alle Kassen ihre Anstrengungen zur Kostensenkung verstärken und insbesondere bei freiwilligen Leistungen einsparen werden.

Ein Indiz dafür ist auch die kürzlich erfolgte Ankündigung einer großen Ersatzkasse, das bisher dichte Geschäftsstellennetz auszudünnen, massiv Personal abzubauen und Einsparungen vorzunehmen, die negative Rückwirkungen auf die Servicequalität befürchten lässt.

Jede Kasse will einen höheren Zusatzbeitrag vermeiden, um eine massive Abwanderung von Beitragszahlern zu verhindern. Es sei daran erinnert, dass Kassen, die pauschale Zusatzbeiträge erhoben haben, zwischen dem 1. Januar 2010 und dem 1. April 2011 Mitgliederverluste zwischen 8,1 Prozent (DAK) und 48,7 Prozent (BKK Heilberufe) zu verzeichnen hatten.⁴

⁴ Der Zusatzbeitrag aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung: GKV-FQWG und darüber hinaus, Vortrag von Prof. Dr. Klaus Jacobs, WidO, Expertengespräch Sozialverband Deutschland und Volkssolidarität am 10. April 2014, Folie „Mitgliederentwicklung einzelner Kassen 2010/2011“

Ein **Kostenwettbewerb** auf der Grundlage von Zusatzbeiträgen könnte sich im Leistungsbe- reich sehr schnell zu Ungunsten der Versicherten auswirken.

Mit der im Gesetzentwurf vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit pauschalen Zusatzbeiträ- gen formulierten Zielstellung, mit den einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen strebe man „eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb“ an, möchte man offenbar Überspitzungen in einem Kostenwettbewerb vermeiden. Es bleibt aber abzuwarten, ob der im Gesetzentwurf nach § 270a SGB V n. F. vorgesehene „vollständige Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen“ zwischen den Krankenkassen, der im Grundsatz zu begrüßen ist, ausreichend ist, um einem Kostenwettbewerb zu Lasten der Ver- sicherten und Patienten entgegenzuwirken.

Aus den hier genannten Gründen fordert die Volkssolidarität, **auf die Erhebung von Zusatz- beiträgen – in welcher Form auch immer – gänzlich zu verzichten und zu einer ehrlichen Parität bei der Finanzierung der Gesundheitskosten zurückzukehren.**

Dieser Weg wäre auch gangbar. Die gesetzlichen Krankenkassen könnten auf der Grundlage einer paritätischen Finanzierung ohne Zusatzbeiträge auch künftig differenzierte Beitrags- sätze festlegen und auf eine Selbstverwaltung setzen, die zu gleichen Teilen in der Verant- wortung für die Kostenentwicklung und das Leistungsgeschehen steht. Dies wäre zum Vorteil der Versicherten.

Für einen Verzicht auf Zusatzbeiträge wäre es erforderlich, die Möglichkeiten zur Verbesse- rung der Einnahmen der GKV, aber auch zum Abbau von Fehl- und Überversorgung konse- quenter zu prüfen und zu nutzen.

So sollten *versicherungsfremde Leistungen in der GKV* (z. B. Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen), die im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen, weitgehender als bisher aus steuerfinanzierten Zuschüssen des Bundes abgedeckt werden. Dafür könnten z. B. die bisher im Bundeshaushalt geplanten Mittel für den nun nicht mehr erforderlichen Sozialaus- gleich genutzt werden.

Dagegen könnten Kürzungen des Bundeszuschusses für die Jahre 2014 und 2015 um insge- samt 6 Mrd. Euro laut Bundesrechnungshof bereits 2015 zu einem Absinken der Liquiditäts- reserve des Gesundheitsfonds auf drei Mrd. Euro und damit zu einer Unterschreitung des gesetzlich vorgeschriebenen Betrages von vier Mrd. Euro führen⁵. Wenn auf Grund einer solchen Finanzentwicklung im Gesundheitsfonds Zuweisungen an die Krankenkassen gekürzt werden müssten, so bliebe diesen kaum eine andere Alternative, als die fehlenden Mittel durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen auszugleichen. Faktisch würde das bedeuten, dass die GKV-Versicherten für die Entschuldung des Bundeshaushalts aufkommen müssten.

Zu prüfen wäre auch, ob die heutige *Beitragsbemessungsgrenze*, die Bezieher höherer Ein- kommen begünstigt, noch angemessen ist.

Eine adäquate Beteiligung dieses Personenkreises an den Gesundheitskosten erfordert eine deutliche Anhebung, die sich an der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung orientieren sollte.

⁵ Höhere Beiträge denkbar, Berliner Zeitung, 12. Mai 2014, S. 6 und Heute im Bundestag Nr. 249 vom 13.05.2014

Gleichzeitig müssten die Vorkehrungen getroffen werden, um eine Abwanderung von Beziehern höherer Einkommen in die Private Krankenversicherung zu verhindern, indem die Versicherungspflichtgrenze angehoben wird.

Auch wenn dies in der laufenden Legislaturperiode nicht vorgesehen ist, so bleibt längerfristig eine nachhaltigere Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung durch die *Einbeziehung weiterer Personengruppen und Einkommensarten in die gesetzliche Krankenversicherung* auf der Tagesordnung. Dafür setzt sich die Volkssolidarität auch künftig ein.

2. Zu Änderungen am Risikostrukturausgleich (RSA)

Die Volkssolidarität begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen, die die Wirksamkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), insbesondere die Zielgenauigkeit der Mittelzuweisungen an die Krankenkassen, deutlich verbessern sollen. Dies liegt auch im Interesse der GKV-Versicherten.

Im 2011 veröffentlichten Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zum morbiditäts- bzw. krankheitsorientierten Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Unverzichtbarkeit eines morbiditätsorientierten Finanzausgleiches zwischen den gesetzlichen Krankenkassen herausgestellt. Gleichzeitig stellt das Gutachten Mängel im bestehenden RSA fest, die nun mit dem Gesetzentwurf ausgeräumt werden sollen. Dies betrifft Mängel bei der Berücksichtigung der Zuweisungen für Versicherte im letzten Lebensjahr sowie bei der Zuweisung von Mitteln aus dem RSA für die Berücksichtigung von Krankengeld und Leistungen für Auslandsversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Thematik der Annualisierung der Kosten⁶ Verstorbener bei der Zuweisung von Mitteln aus dem RSA für Versicherte im letzten Lebensjahr (Berechnungsfehler) wird im Gesetzentwurf selbst nicht erwähnt. Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Annualisierung der Kosten für Verstorbene sollen jedoch vom Bundesversicherungsamt (BVA) auf der Grundlage der Rechtsprechung umgesetzt werden. Tatsächlich haben inzwischen das BVA und das Landesozialgericht NRW ihre Revisionen zu einigen Klagen gegen den Berechnungsfehler im RSA zurückgenommen. Die Korrekturen des Berechnungsfehlers für den Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2013 und 2014 erfolgen damit zeitnah und werden auch in den folgenden jährlichen RSA-Ausgleichsverordnungen berücksichtigt. Der vielfach kritisierte Berechnungsfehler im RSA wird damit zukünftig beseitigt sein.

Im Gutachten zum RSA von 2011 wird beklagt, dass bisher kein sicheres Verfahren zur Berücksichtigung des Krankengelds und der Leistungen für Auslandsversicherte im RSA bereit stehe und dazu erheblicher Forschungsbedarf bestehe.

Dem folgt der Gesetzentwurf nunmehr, indem er mit dem § 269 SGB V n. F. die Erstellung eines Gutachtens für eine stärker zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte vorsieht.

⁶ Mit dem Begriff Annualisierung wird eine im RSA übliche Methode der Erfassung unterjähriger Zeiten in bestimmten Fallkonstellationen, wie z. B. Geburt, Tod, Wechsel in die private Krankenversicherung, umschrieben. Faktisch handelt es sich um eine Art Hochrechnung, um die Kosten unabhängig davon, wann sie im Verlaufe eines Jahres entstanden sind, möglichst genau zu erfassen und damit über den RSA eine zielgenaue Mittelzuweisung an die Kassen zu gewährleisten.

Auf der Basis eines wissenschaftlich begründeten Verfahrens sollen Verzerrungen bei der Berücksichtigung von Krankengeld und von Leistungen für Auslandsversicherte beseitigt werden. Die bestanden darin, dass im bisherigen Verfahren die Höhe des Krankengeldes, die unterschiedliche Morbidität und damit auch die unterschiedliche Fallzahl und Falldauer der Arbeitsunfähigen in den verschiedenen Krankenkassen nicht berücksichtigt wurden. Das Gleiche gilt für die mangelhafte Berücksichtigung der Auslandskrankenversicherten im RSA. Hier wurden bisher durchschnittliche GKV-Kosten angesetzt. Tatsächlich weichen die Zusammensetzung und die Kosten für die Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Europäischen Ländern und der Türkei erheblich voneinander ab.

Diese Verwerfungen sollen mit einem sicheren wissenschaftlichen Verfahren künftig ausgeräumt werden. Insofern ist die Beseitigung der dargestellten Fehler des RSA im Gesetzentwurf für das GKV-FQWG sachgerecht.

3. Zum Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) laut Gesetzentwurf § 137a SGB V n. F. verpflichtet, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Aufgabe des Instituts ist es, sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen.

Grundsätzlich ist es zu befürworten, wenn die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses durch unabhängige wissenschaftliche Forschung besser unterstützt werden soll. Hier kann es sich jedoch nur um einen ersten Schritt handeln, um Entscheidungsgrundlagen zu qualifizieren.

Dringend notwendig sind vor allem Verbesserungen der Qualität im Versorgungsalltag – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die dazu auch in der Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD vorgesehenen Einzelmaßnahmen sollten daher möglichst bald in Gesetzgebungsverfahren einmünden.

Offen bleibt die Frage, wie das neu zu errichtende Institut mit bereits bestehenden Einrichtungen und ihrer Forschungstätigkeit vernetzt wird. Zu erwähnen sind hier insbesondere Einrichtungen im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums, wie z. B. das Robert-Koch-Institut, das bereits umfangreiche Aufgaben im Bereich der Gesundheitsberichterstattung wahrnimmt, darunter auch zur medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Berücksichtigung müssen aber auch Ergebnisse der Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen finden, wie z. B. das Sondergutachten 2009 zur „Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“.