

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: DE171002 0500 0003 5420 00

Spendenkonto:  
IBAN: DE87 1002 0500 0003 5420 01

Steuernummer: 27/680/55179

Mitglied im PARITÄTischen  
Wohlfahrtsverband

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

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Dr. Ulrich Orlowski  
Leiter der Abteilung 2  
Gesundheitsversorgung - Krankenversicherung

Per E-Mail [223@bmj.bund.de](mailto:223@bmj.bund.de)

Mittwoch, 19. Februar 2014

## **Stellungnahme**

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein  
Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz –  
GKV-FQWG)**

---

### **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 Referentenentwurf vorgesehenen gesetzlichen 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 Referentenentwurfs. Eine ausführliche Stellungnahme zu einzelnen Regelungen behält sich die Volkssolidarität für das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren vor.

### **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 Zusatzbeiträge, die so genannte Kopfpauschale).

Die Volkssolidarität begrüßt es daher, dass mit dem Referentenentwurf die so genannte Kopfpauschale gestrichen werden soll (§ 242 SGB V n.F.). Durch den damit verbundenen Wegfall des Sozialausgleichs erzielt der Bund laut Begründungsteil des Referentenentwurfs 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 zu berücksichtigen, dass für diese Regelung ausdrücklich keine Befristung vorgesehen ist.
- Die Krankenkassen entsprechend § 242 SGB V n. F. von ihren Versicherten einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben können, wobei der bisherige Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozent in den kassenindividuellen Zusatzbeitrag eingehen soll.

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

Während die Arbeitgeber damit 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.

#### 2. Belastungen für die Versicherten

Schon jetzt wird in den Vorständen großer Kassen mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von 1,2 Beitragssatzpunkten ab 2015 gerechnet (siehe Deutsches Ärzteblatt, 10. Februar 2014), so dass dann die Belastung der Versicherten bereits bei 8,5 Prozent liegen würde (7,3 Prozent Beitrag + 1,2 Prozent Zusatzbeitrag).

Zu berücksichtigen sind 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 bereits über 5,4 Mrd. Euro aus.

Die im Referentenentwurf 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.

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 spätestens ab 2018 ebenfalls mit einer höheren Beitragslast zu rechnen ist.

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

Für bestimmte Versichertengruppen, wie z. B. Bezieher von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuch, ist zwar im § 242 Absatz 3 SGB V n. F. vorgesehen, sie „nur“ mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V n. F. zu belasten. Da aber von einem jährlichen Anstieg auch des durchschnittlichen Zusatzbeitrags auszugehen ist, ist kaum damit zu rechnen, dass die finanzielle Belastung der Betroffenen wesentlich reduziert wird.

### 3. Negative Auswirkungen im Leistungsbereich

Gegen die 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. Jede Kasse will einen höheren Zusatzbeitrag vermeiden, um eine massive Abwanderung von Beitragszahlern zu verhindern.

Ein solcher **Kostenwettbewerb** könnte sich im Leistungsbereich sehr schnell zu Ungunsten der Versicherten auswirken. Die im Referentenentwurf formulierte Zielstellung, mit den Zusatzbeiträgen wolle man „eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb“ erreichen, ist daher schwer nachvollziehbar.

Es bleibt abzuwarten, ob der im Referentenentwurf nach § 270a SGB V n. F. vorgesehene „vollständige Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen“ zwischen den Krankenkassen, der im Grundsatz zu begrüßen ist, einem Kostenwettbewerb zu Lasten der Versicherten und Patienten ausreichend entgegenwirken kann.

Aus den hier genannten Gründen fordert die Volkssolidarität, **auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen – in welcher Form auch immer – gänzlich zu verzichten**.

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

So sollten *versicherungsfremde Leistungen in der GKV* (z. B. Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen), die im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen, weitgehend 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 Sozialausgleich genutzt werden.

Kürzungen des Bundeszuschusses würden dagegen bereits 2014 zu einem Defizit im Gesundheitsfonds führen, das allein durch die einseitigen Zusatzbeiträge ausgeglichen werden müsste.

Zu prüfen wäre auch, ob die heutige *Beitragsbemessungsgrenze*, die Bezieher höherer Einkommen begünstigt, noch angemessen ist. Eine adäquate Beteiligung dieses Personenkreises an den Gesundheitskosten erfordert eine deutliche Anhebung, die sich an der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung orientieren sollte. Gleichzeitig müssten die Vorkehrungen getroffen werden, um eine Abwanderung dieses Personenkreises in die Private Krankenversicherung zu verhindern.

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.

Sofern der Gesetzgeber sich dafür entscheiden sollte, nicht auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu verzichten, fordert die Volkssolidarität, sie wenigstens zu begrenzen und somit eine Form der „**Deckelung**“ der **Zusatzbeiträge** zu gewährleisten.

Dazu muss durch den Gesetzgeber ein *Interventionspunkt* bestimmt werden, der es ermöglicht, einen Anstieg von Zusatzbeiträgen für die Versicherten zu begrenzen und gestiegene Kosten durch eine Anhebung des Beitragssatzes auch für die Arbeitgeberseite abzufangen. Dieser Interventionspunkt könnte jährlich im Zusammenhang mit der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesgesundheitsministerium nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises entsprechend § 242a SGB V Absatz 2 n. F. bestimmt werden.

### **Zum Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen**

Zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) laut Referentenentwurf § 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.

Offen bleibt die Frage, wie die 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 Sondergut-

achten 2009 zur „Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“.