

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Matthias W. Birkwald, Heidrun Dittrich, Werner Dreibus, Klaus Ernst, Katja Kipping, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Reformpläne der Bundesregierung im Gesundheitssystem**

Am 6. Juli 2010 hat der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, die Eckpunkte für eine Reform des Gesundheitssystems bekannt gegeben. In dem Papier wird neben der Einführung unbegrenzter pauschaler Zusatzbeiträge und der Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge bei 7,3 Prozent auch auf die Ausweitung der Kostenerstattung, die Entwicklung einer Präventionsstrategie und eine Reform der Selbstverwaltungsorgane verwiesen. Anfang August 2010 sind durch die Presse einige Informationen aus einem sogenannten Diskussionspapier des Bundesgesundheitsministeriums bekannt geworden und werden seither ohne Beteiligung des Parlaments diskutiert. Gleiches gilt für den in der 34. Kalenderwoche lancierten Referentenentwurf. Darüber hinaus existieren nach Pressemeldungen innerhalb der Koalition Überlegungen, die Möglichkeit der Wahltarife für die gesetzliche Krankenversicherung einzuschränken (Rheinische Post, 19. August 2010).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Ist die Kommission zur Reform der Krankenkassenfinanzierung weiter tätig (Bezug nehmend auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Zukunft der landwirtschaftlichen Krankenversicherung auf Bundestagsdrucksache 17/2231, Vorbemerkung und Antworten), und wann hat die Kommission mit welchen Teilnehmerinnen und Teilnehmern getagt?

Welche weiteren Sitzungstermine sind bisher geplant?

2. Wie viele Arbeitsplätze würden gefährdet, wenn die Kaufkraft der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Rentnerinnen und Rentner um 1 Prozentpunkt sinkt (bitte Studien benennen)?
3. Welche Studien, die nicht von arbeitgeber- oder industrienahen Einrichtungen in Auftrag gegeben wurden, liegen der Bundesregierung vor, die darlegen, dass mehr Arbeitsplätze durch eine paritätische Finanzierung der Krankenkosten verloren gehen als durch die einseitige Verschiebung der Kosten zu den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Rentnerinnen und Rentnern bedingt durch den einhergehenden Kaufkraftverlust (bitte Studien benennen)?
4. Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Studie des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung, wonach die Lohnzurückhaltung durch die Verminderung der Binnennachfrage mehr Arbeitsplätze gefährdet hat, als der Wettbewerbsvorteil im Export dadurch erbracht

hat (Joebges, Heike/Schmalzbauer, Andreas/Zwiener, Rudolf, Der Preis für den Exportweltmeister Deutschland: Reallohnrückgang und geringes Wirtschaftswachstum, 4/2009)?

5. Auf welche Prognosen stützt die Bundesregierung ihre Behauptung, dass ein steigender Anteil älterer Menschen und die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts zu Kostensteigerungen führen wird (bitte Studien oder Gutachten benennen)?
6. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, damit ein steigender Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung nicht zu steigenden Gesundheitsausgaben führt?

Wie trägt die Bundesregierung zur dazu notwendigen Verlängerung der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung bei?

Sind solche Maßnahmen bereits in die Prognosen steigender Kosten eingeflossen?

Wenn nein, warum nicht?

7. Welche Gutachten oder Studien liegen der Bundesregierung vor, die belegen, dass die vorgenommenen Ausgabenkürzungen nicht zu Leistungskürzungen führen werden (bitte Gutachten oder Studien benennen)?
8. Auf welche wissenschaftlichen Studien stützt die Bundesregierung ihren Ansatz, dass eine nachhaltige Finanzierung nur in einem System mit einem funktionierenden Wettbewerb gelingen kann (bitte Studien oder Gutachten benennen)?
9. Ist der Bundesregierung bekannt, dass vor allem Gesunde und Mobile ihre Kasse wegen Kosten wechseln und Kranke vermehrt bei ihrer Kasse bleiben (sowohl nach Aussagen des Gesundheitsökonomen Günter Neubauer, Süddeutsche Zeitung vom 30. März 2010, als auch nach Aussagen der DAK über ihre Abwanderungen nach Erhebung der Zusatzbeiträge, 7. September 2010, persönliche Auskunft)?

Wie bewertet die Bundesregierung diesen Umstand (vor allem, wenn er wissenschaftlich gesichert wird)?

10. Inwiefern kann ein Wettbewerb unter den Krankenkassen um die Versicherten zu einer Verbesserung der Leistungen führen, wenn der Großteil der Versicherten nicht krank ist und vor allem Interesse an niedrigen Kosten hat bzw. zudem vorwiegend gesunde Versicherte ihre Versicherung aus Kostengründen wechseln?
11. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung die Gefahr, dass gerade, weil die Zusatzbeiträge keinen morbiditätsorientierten Ausgleich erfahren, ein verstärkter Wettbewerb unter den Kassen um die gesunden Versicherten entsteht, und welche Auswirkungen hat ein solcher Wettbewerb um die Gesunden für die Qualität der Leistungen?
12. Welchen Sinn erfüllt nach Ansicht der Bundesregierung eine Belastungsgrenze bei Zuzahlungen bzw. den Zusatzbeiträgen?  
Trägt die Einführung einer weiteren Belastungsgrenze, die zu einer bestehenden Belastungsgrenze addiert wird, dem Sinn und Zweck einer Belastungsgrenze Rechnung?  
Ist es also möglich, immer weitere Belastungsgrenzen einzuführen, die sich addieren?  
Ist es richtig, dass sich die Überforderungsgrenzen bei den Zuzahlungen bzw. bei der Praxisgebühr und bei den Zusatzbeiträgen addieren?

13. Hält die Bundesregierung eine Belastungsgrenze von 4 Prozent (bzw. 3 Prozent für chronisch Kranke) des Einkommens für vertretbar, die sich aus der Addition der Belastungsgrenze bei den Zusatzbeiträgen und bei den Zuzahlungen ergibt, und woran macht die Bundesregierung diese 3 bzw. 4 Prozent fest?
14. Bei wie viel Prozent des Einkommens für Gesundheitskosten ist nach Ansicht der Bundesregierung eine Überlastung der gesetzlich Versicherten gegeben, und warum beantwortet die Bundesregierung diese Frage anders als die Bundesregierung, welche die Belastungsgrenze in § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf maximal 1 bzw. 2 Prozent des Einkommens festlegte?
15. Müssen die Zusatzbeiträge, die nicht über einen Sozialausgleich ausgeglichen werden sollen, weil der durchschnittliche vom Bundesversicherungsamt (BVA) berechnete Zusatzbeitrag 2 Prozent des Einkommens nicht übersteigt, aus dem Existenzminimum erbracht werden oder berechtigt ein Absinken des Einkommens durch die real aufzubringenden Zusatzbeiträge zur Beantragung von Hilfen zum Lebensunterhalt nach ALG II oder Grundsicherung?  

Wie verhält es sich, wenn die realen Zusatzbeiträge die berechneten durchschnittlichen Zusatzbeiträge überschreiten?

Werden die Betroffenen zum Wechsel in eine günstigere Kasse angehalten?
16. Wie viele Menschen könnten derzeit zusätzlich Hilfe zum Lebensunterhalt nach ALG II oder Grundsicherung erhalten, wenn sie 2 Prozent ihres Einkommens als Zusatzbeiträge zu entrichten hätten, und welche Summe ergäben die daraus resultierenden Transferleistungen?  

Wie hoch ist der Verwaltungsaufwand für die Beantragung und Bereitstellung dieser Transferleistungen?
17. Wie soll der Sozialausgleich genau vonstatten gehen, wenn die Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer zwei oder mehr Arbeitsstellen nachgehen oder wenn Rentnerinnen oder Rentner zwei oder mehr Altersbezüge von verschiedenen Trägern erhalten?
18. Wie wird der Sozialausgleich von Selbstständigen, die freiwillig gesetzlich versichert sind, berechnet und durchgeführt?
19. Wie verhält es sich mit der Berechnung des Sozialausgleichs, wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterjährig schwankende Einkommen erzielen?
20. Wie hoch veranschlagt die Bundesregierung die Verwaltungskosten für die gesetzliche Krankenversicherung, wenn die Organisation des Sozialausgleichs in obigen Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen geleistet bzw. gelenkt werden muss?
21. Wann sind welche Mittel in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geflossen, und wie ist die geplante Entwicklung bis 2014 (bitte quartalsweise, ersatzweise jährlich angeben)?
22. Ist es richtig, dass die Bundesregierung vorsieht, dass der Sozialausgleich bis 2014 aus der Liquiditätsreserve gedeckt werden soll?
23. Ist es zudem richtig, dass die Bundesregierung vorsieht, bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags die in die Liquiditätsreserve fließenden Mittel nicht aus den für Gesundheitsausgaben zur Verfügung stehenden Einnahmen des Gesundheitsfonds heraus zu rechnen?

Wird durch eine solche Rechnung – möglicherweise unbeabsichtigt – der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V niedriger ausfallen als

der tatsächliche Durchschnitt der Zusatzbeiträge, was einen niedrigeren Sozialausgleich zur Folge hätte?

24. Sind die Krankenkassen künftig vollkommen frei, die Höhe der Zusatzbeiträge festzulegen?

Besteht die Gefahr, dass der vom BVA errechnete durchschnittliche Zusatzbeitrag vom tatsächlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrag abweicht, weil z. B. die Krankenkassen im Durchschnitt deutlich höhere Zusatzbeiträge erheben, als das BVA errechnet hat?

Berechnet sich der Sozialausgleich dann aufgrund des tatsächlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrags oder aufgrund des vom BVA berechneten durchschnittlichen Zusatzbeitrags?

Kann die Bundesregierung garantieren, dass der geringste Zusatzbeitrag einer Krankenkasse, der ein beliebiger Versicherter beitreten kann (berücksichtigend, dass nicht jeder Versicherte jeder Krankenkasse beitreten kann, z. B. ein Berliner in der Regel nicht der AOK Bayern), unter dem vom BVA errechneten durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegt?

25. Wird der Sozialausgleich bis 2014 letztlich auch durch Zusatzbeiträge finanziert und nicht – wie zuerst von der Bundesregierung beabsichtigt – durch einen Steuerausgleich?

26. Weshalb ist die Bundesregierung von ihrem ursprünglichen Ziel eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs abgerückt und lässt diesen nun durch die Einnahmen des Gesundheitsfonds, also im Wesentlichen durch Beitragsmittel, finanzieren?

27. Werden künftig Zusatzbeiträge von selbstversicherten Kindern (z. B. Halbwaisen) erhoben?

Werden diese in irgendeiner Weise sozial ausgeglichen, und wie bemisst sich dann der Sozialausgleich genau?

28. Welchen Anteil an den Verwaltungskosten der Krankenkassen machen Personalkosten aus?

Wie haben sich diese in den letzten zehn Jahren entwickelt?

29. Wie verhalten sich die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen im Verhältnis zu denen der privaten Krankenversicherungen?

30. In welchen Bereichen (Personal, Sachkosten etc.) und Aufgabengebieten (Kundenbetreuung, Finanzabwicklung etc.) sieht die Bundesregierung in welchen Größenordnungen bei den Krankenkassen Einsparmöglichkeiten angesichts dessen, dass auf die Kassen zusätzliche Aufgaben beim Sozialausgleich und der Erhebung von Zusatzbeiträgen ebenso zukommen wie vermutlich steigende Löhne, und die Bundesregierung Leistungseinschränkungen und Qualitätsverluste ausschließt?

31. Wie hoch sind nach Schätzungen der Bundesregierung die Aufwendungen für die künftigen zusätzlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen durch

- die Umsetzung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes – AMNOG (u. a. Vereinbarungen nach § 130b SGB V),
- Aufgaben des Risikomanagements infolge der Änderungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-OrgWG (Einrichtung von Frühwarnsystemen nach den §§ 265a und b SGB V),
- Ausgaben wegen der Erhebung von Zusatzbeiträgen (Inkasso, Mahnungen etc.),

- notwendige sächliche IT-Investitionen durch fortschreitende Technisierung,
  - den Aufbau von Rückstellungen für bis zum 31. Dezember 2009 entstandene Wertguthaben aus Altersteilzeit sukzessive bis 1. Januar 2015, freiwillige Rückstellungen für Altersversorgungsverpflichtungen gemäß § 171e SGB V,
  - die Einrichtung von Weiterleitungsstellen und
  - die im Jahr 2011 stattfindenden Sozialversicherungswahlen  
(bitte in Euro angeben)?
32. Kann es nach Ansicht der Bundesregierung infolge der Sparbemühungen der gesetzlichen Krankenkassen dazu kommen, dass Krankenkassen im Bereich des Service Einsparungen vornehmen, z. B. Filialen schließen, weniger persönliche Kundenberatung anbieten etc.?
33. Sieht die Bundesregierung Serviceleistungen, wie z. B. persönliche Beratung, Filialen etc. als freiwillige Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen an, die gegebenenfalls entsprechend von den Versicherten über ihre Beiträge finanziert werden müssen und damit als Leistungselement in den Wettbewerb der Krankenkassen einfließen sollen?
34. Liegen der Bundesregierung Studien und Daten darüber vor, welcher Personenkreis insbesondere auf persönliche Beratung angewiesen ist (bitte Studien vorlegen)?
- Wie bewertet die Bundesregierung Einschätzungen, nach denen vor allem sozial Benachteiligte, alte Menschen und Migranten und Migrantinnen auf persönliche Beratung angewiesen sind?
- Wie bewertet die Bundesregierung die für diesen Personenkreis zu erwartenden, höheren künftigen Versicherungskosten gegenüber Versicherten, die sogenannte Direktversicherungen oder servicearme Krankenversicherungen wählen können (vgl. Studie des RWI, Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen, Forschungsprojekt für die „BIG direkt gesund“, 2010)?
35. Sieht die Bundesregierung die Möglichkeit, dass die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des Sparzwangs weniger Ausbildungsplätze anbieten?
36. Welche Kostensteigerungen bei den Personalkosten erwartet die Bundesregierung im stationären Bereich jeweils für 2011 und 2012, wenn der Beschäftigungsumfang konstant bleibt (bitte in Euro angeben)?
37. Welche zusätzlichen Personalkosten kommen auf die psychiatrischen Fachkrankenhäuser zu, wenn sie die Qualitätsstandards der Psychiatrie-Personalverordnung bis Ende 2012 uneingeschränkt umsetzen (bitte in Euro angeben)?
- Welche Auswirkungen haben die angekündigten Kürzungen auf die Einführung eines neuen Entgeltsystems ab 2013?
38. Wie hoch sind die zu erwartenden Budgetzuwächse der Krankenhäuser nach dem Referentenentwurf jeweils für 2011 und 2012 (bitte in Euro angeben)?
39. In welchen Kostenstellen, Bereichen oder Abteilungen und aufgrund welcher Studien oder Gutachten sieht die Bundesregierung Einsparmöglichkeiten bei der stationären Versorgung, ohne die Qualität der Versorgung einzuschränken (bitte Studien oder Gutachten angeben)?
40. Warum gilt bei der Krankenhausfinanzierung der Mehrleistungsabschlag nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von

mehr als zwei Dritteln (Artikel 5 im Referentenentwurf vom 25. August 2010)?

Bringt die Bundesregierung damit zum Ausdruck, dass Personalkosten leichter einzusparen sind als Sachkosten?

41. Welchen Nutzen für die Gesamtgesellschaft hat die Beschleunigung der Wechselmöglichkeit in die private Krankenversicherung bei Überschreiten der Jahresentgeltgrenze?

Wer profitiert von der Beschleunigung der Wechselmöglichkeit bei Überschreiten der Jahresentgeltgrenze?

42. Wie viele zusätzliche Versicherte werden nach Einschätzung der Bundesregierung dadurch in die Privatversicherung gehen?

43. Wie viele Beiträge gehen der gesetzlichen Krankenkasse durch diese erleichterte Wechselmöglichkeit bzw. sofortige Eintrittsmöglichkeit gut verdienender Versicherter (nach § 9 SGB V) verloren (bitte belegen, jeweils für 2011 bis 2015)?

Welche Auswirkungen auf die Grundlohnsumme und damit mittelbar auf die GKV-Einnahmen der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Zahnärzte etc.) hat dies?

44. Wie viel Nettoverlust machen die gesetzlichen Krankenkassen durch die erleichterte Wechselmöglichkeit in die Privatversicherung, wenn man von 260 Euro Ausgaben pro Versicherten im Monat ausgeht (jeweils für 2011 bis 2015)?

45. Wie hoch müssen nach Ansicht der Bundesregierung Sicherstellungszuschläge sein, um tatsächlich in sogenannten unterversorgten Gebieten zu einer Ansiedlung von Vertragsärztinnen und -ärzten zu führen (angesichts der sogenannten Leipziger Studie, The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany, 2009)?

Hält die Bundesregierung angesichts der in der Studie ermittelten Zahlen Sicherstellungszuschläge für eine geeignete Maßnahme, Vertragsärztinnen und -ärzte in sogenannte unterversorgte Gebiete zu einer Ansiedlung zu bewegen?

46. Ist nach Ansicht der Bundesregierung die Morbiditätsentwicklung in allen Bundesländern bzw. Bereichen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen gleich?

Aus welchen Gründen soll, wie aus der Presse bekannt geworden ist, der Anstieg des Behandlungsbedarfs von 0,75 Prozent pro Versicherten ohne Berücksichtigung der Morbidität ausgeglichen werden?

47. Zielt die Reform der Bundesregierung darauf ab, ein zunehmend steuerfinanziertes Gesundheitssystem zu errichten angesichts dessen, dass mit dem Ansteigen der Zusatzbeiträge zunehmend das Gesundheitssystem aus Steuermitteln finanziert wird und bei Überschreiten des durchschnittlichen Zusatzbeitrags über 2 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze jede weitere Kostensteigerung im Gesundheitswesen durch den Staatshaushalt finanziert wird?

Wenn nein, wie will die Bundesregierung eine zunehmende Staatsfinanzierung verhindern?

48. Welche genauen Pläne verfolgt die Bundesregierung bei der angekündigten Ausweitung der Kostenerstattung?

49. Welche Vorteile für die Versicherten bietet die Kostenerstattung über mögliche Kostenersparnis hinaus?
50. Welche Gefahren und Aufwendungen können mit der Kostenerstattung für die Versicherten einhergehen?
51. Welche ordnungspolitischen und versicherungsrechtlichen Folgen hat eine Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung?
52. Welcher Aufwand entsteht durch die Kostenerstattung bei den Leistungserbringern?
53. Sollen die Leistungserbringer die Liquidierung ihrer Rechnungen künftig selbst durchführen oder veranlassen?
54. Welche Vorteile bieten Kostenerstattungstarife für die Leistungserbringer?
55. Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung aus dem Antrag der Fraktion der FDP aus der 16. Legislaturperiode auf Bundestagsdrucksache 16/6794 zur Streichung des § 53 Absatz 4 SGB V allgemein?  
Wie bewertet die Bundesregierung im Besonderen die in der Begründung dieses Antrags geäußerte Befürchtung: „Im Übrigen besteht ein unkalkulierbares Risiko, ob auf diesem Feld tätige Krankenkassen ihren Status als Sozialversicherung europarechtlich überhaupt halten können.“?
56. In welchem Umfang nehmen Versicherte die Möglichkeit zum Abschließen eines Wahltarifes mit Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit wahr?
57. Liegen der Bundesregierung Informationen darüber vor, welche Einkommensgruppen vorwiegend Wahltarife zur Kostenerstattung abschließen?
58. Ist es richtig, dass im Bundesministerium für Gesundheit derzeit ein Entwurf des Hartmannbundes zur Einführung der Kostenerstattung diskutiert wird und Grundlage der derzeitigen politischen Überlegungen ist, wie im Magazin des Hartmannbundes Landesverband Westfalen-Lippe (August 2010) dargelegt wird?
59. Trifft es zu, dass im Bundesgesundheitsministerium darüber nachgedacht wird, Wahltarife für gesetzliche Krankenversicherungen einzuschränken oder ganz auszuschließen?

Berlin, den 13. September 2010

**Dr. Gregor Gysi und Fraktion**

