

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/2929 –**

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

#### Vorbemerkung der Fragesteller

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).

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Bundeskabinett hat am 22. September 2010 den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) beschlossen. Diese Reform ist notwendig, weil zum einen unmittelbarer Handlungsbedarf im Hinblick auf die finanzielle Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Die Reform zielt zum anderen darauf, die strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu lösen. Ziel der Bundesregierung ist es, mit der Reform Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung trotz des steigenden Anteils älterer Menschen und der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts auch weiterhin zu erhalten. Die in der Vorbemerkung der Fragesteller angesprochene Befassung des Parlaments mit der Reform beginnt – wie bei Gesetzgebungsvorhaben üblich – nach Einbringung des Entwurfs in den Deutschen Bundestag.

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28. September 2010 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

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?

Die Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens hat am 17. März 2010 und 12. Mai 2010 auf Ministerebene sowie am 20. April 2010 auf der Ebene der Staatssekretäre getagt. Neben den aufgeführten Sitzungsterminen der Regierungskommission haben weitere Treffen auf Arbeitsebene der beteiligten Ressorts stattgefunden. Die Beratungen der Regierungskommission haben wertvolle Hinweise gegeben, die sowohl in die am 7. Juli 2010 vorgestellten Eckpunkte der Koalition „Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“ als auch in den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeflossen sind. Weitere Sitzungstermine der Regierungskommission sind derzeit nicht 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)?

Der Bundesregierung sind keine Studien bekannt, die isoliert betrachtet den Einfluss der verfügbaren Einkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Rentnerinnen und Rentner (Kaufkraft) auf die gesamtwirtschaftliche Arbeitsnachfrage untersuchen. Grundsätzlich muss der gesamtwirtschaftliche Zusammenhang berücksichtigt werden, insbesondere die Entwicklung der übrigen Einkommen, der Löhne und Preise, die jeweilige konjunkturelle Lage, das Finanzierungssaldo der öffentlichen Haushalte sowie die Erwartungen der Marktteilnehmer. Die jeweiligen Modellannahmen bestimmen stark das Ergebnis.

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 Krankenversicherungskosten 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)?

Bezüglich der Beschäftigungswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsweisen der gesetzlichen Krankenversicherung verweist die Bundesregierung insbesondere auf die Ausführungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in den Jahresgutachten seit dem Jahr 2003 sowie das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim Bundeswirtschaftsministerium zur Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2010. Demnach sind Modelle, die eine Entkopplung der Gesundheitsausgaben von den Arbeitseinkommen durch Einführung einkommensunabhängiger Beiträge vorsehen, bezüglich ihrer Beschäftigungswirkungen anderen Finanzierungsformen überlegen.

Im Übrigen weist die Bundesregierung ausdrücklich darauf hin, dass im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen keine „einseitige Verschiebung der Kosten zu den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Rentnerin-

nen und Rentnern“ erfolgt. Die Reformen verbinden vielmehr dringend notwendige Veränderungen auf der Einnahmenseite mit Maßnahmen auf der Ausgabenseite. Auch die Leistungserbringer tragen daher ihren Teil zur Konsolidierung der GKV-Finzen bei. Darüber hinaus wird ein Sozialausgleich sicherstellen, dass alle GKV-Versicherten auch künftig unabhängig von ihrem Einkommen über einen guten Krankenversicherungsschutz verfügen und nicht finanziell überfordert werden.

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)?

Die Autoren der genannten Studie stellen nicht die Bedeutung des Zugewinns an preislicher Wettbewerbsfähigkeit – neben anderen Faktoren wie der deutschen Produktpalette – für die deutschen Exporterfolge in Frage. Sie zitieren hierzu beispielsweise einen anderen am Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung erstellten Aufsatz (Horn, G.-A.; Stephan, S.: Deutschland – ein Welthandelsgewinner. IMK Report Nr. 4/2005). Der erste Teil der Studie basiert auf einer Input-Output-Analyse zum Zusammenhang zwischen Beschäftigung und Außenhandel (Ludwig, U./Brautzsch, H.-U.: Globalisierung und Beschäftigung – eine Untersuchung mit der Input-Output-Methode. IMK Studies Nr. 1/2008). Ergebnis ist, dass Deutschland hinsichtlich der Arbeitsmarktentwicklung „eindeutig Gewinner des zunehmenden Handels“ ist (Joebges et al., 2009, S. 11).

Joebges et al. (2009) simulieren im zweiten Teil der Studie mittels des makroökonomischen Modells des IMK, ob eine Strategie höherer Löhne und damit niedrigerer preislicher Wettbewerbsfähigkeit zu noch mehr Beschäftigung geführt hätte. Kritisch ist hierbei zu bewerten, dass einem solchen makroökonomischen Modell eine Vielzahl von Annahmen über die übrigen gesamtwirtschaftlichen Größen zugrunde liegen, die in hohem Maß die Simulationsergebnisse beeinflussen. Die Simulationsergebnisse zeigen, dass als Folge der höheren Löhne zunächst der preisbereinigte private Verbrauch – und damit isoliert betrachtet das Wirtschaftswachstum – höher ausgefallen wäre. Gleichzeitig konzedieren sie, dass in den Simulationen teilweise „die höheren Lohnstückkosten nicht in den Exportpreisen weitergegeben“ werden, ohne hierfür eine plausible Begründung zu nennen (Joebges et al., 2009, S. 20). Das Fazit der Studie, höhere Löhne hätten zu mehr Beschäftigung geführt, ist damit sehr kritisch zu sehen.

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)?

Es gibt zahlreiche Studien, die die künftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu prognostizieren versuchen. Sämtliche Studien erwarten angesichts des demografischen Wandels sowie des medizinisch-technischen Fortschritts für die Zukunft steigende Gesundheitskosten. Der Umfang dieses Anstiegs differiert in Abhängigkeit von den jeweils unterstellten Annahmen und vom Endzeitpunkt der Projektionen. Zu einer Übersicht über solche Studien und Gutachten wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 6 der Kleinen Anfrage

der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Ausgabenentwicklung und Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung“ (Bundstagsdrucksache 17/1249 vom 26. März 2010) verwiesen.

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?

Die Bundesregierung sieht steigende Gesundheitsausgaben nicht als Fehlentwicklung an, wenn diese Resultat einer in Folge der Bevölkerungsalterung ansteigenden Multimorbidität, eines die Lebenserwartung der Menschen verlängernden bzw. die Lebensqualität der Patienten verbessernden medizinisch-technischen Fortschritts oder aber von veränderten Präferenzen in der Bevölkerung sind. Ziel der Bundesregierung ist es vielmehr, dort Ausgabensteigerungen zu verhindern oder zumindest spürbar zu bremsen, wo sie auf ineffiziente Organisations- und Anreizstrukturen bzw. fehlenden Wettbewerb zurückzuführen sind.

Die Förderung der Gesundheit älterer Menschen ist Gegenstand zahlreicher Maßnahmen der Bundesregierung. So werden z. B. im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und durch die vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) und den – ebenfalls von der Bundesregierung unterstützten – Gesundheitszieleprozess des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ zahlreiche Maßnahmen und Projekte mit entsprechender Zielsetzung gefördert.

Die Bundesregierung setzt sich zudem für den Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, von der ältere Beschäftigte in besonderem Maße profitieren können. Dazu gehören zum einen steuerliche Vergünstigungen. So stellt die mit dem Jahressteuergesetz 2009 neu eingeführte Steuerbefreiungsvorschrift des § 3 Nummer 34 des Einkommensteuergesetzes (EStG) Leistungen des Arbeitgebers an seine Arbeitnehmer unter den dort genannten Voraussetzungen steuerfrei. Für die gesetzliche Krankenversicherung besteht zum anderen seit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eine gesetzliche Verpflichtung in den §§ 20a und 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Die Krankenkassen können darüber hinaus als Satzungsleistungen bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch den Arbeitgeber sowohl diesem als auch den teilnehmenden Versicherten einen Bonus gewähren (§ 65a SGB V).

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)?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Gutachten oder Studien vor. Sie weist jedoch darauf hin, dass der vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Leistungs-

kürzungen beinhaltet. Auch sind durch die mit diesem Gesetz vorgesehene Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der GKV keine Leistungskürzungen zu erwarten.

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)?

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien und Gutachten, die zu entsprechenden Ergebnissen und Empfehlungen kommen. Die Bundesregierung verweist hier exemplarisch auf die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in früheren Jahresgutachten, auf das bereits erwähnte Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundeswirtschaftsministeriums sowie auf das Gutachten von Prof. Dr. Bert Rürup, IGES Institut, DIW Berlin und Prof. Dr. Eberhard Wille für das Bundesministerium der Finanzen („Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland“, Berlin 2009).

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)?

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Daten über den Morbiditätsstatus von Kassenwechslern im Zusammenhang mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen vor. Aus den monatlichen Versichertenstatistiken der Krankenkassen lassen sich solche Schlussfolgerungen nicht ableiten. Im Übrigen werden mögliche wettbewerbsverzerrende Wirkungen der bisher geltenden Regelungen zum Zusatzbeitrag durch die vorgesehene Einführung des Sozialausgleichs im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes beseitigt.

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?

Ziel der Bundesregierung ist nicht der Kassenwechsel als solcher, sondern der aus der Möglichkeit des Kassenwechsels entstehende, wettbewerbliche Impuls für die Krankenkassen, sich für die Erbringung von qualitativ hochwertigen, effizient erbrachten Leistungen für ihre Versicherten einzusetzen. Der Gesetzentwurf zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt mit den neuen Regelungen zum Zusatzbeitrag und Sozialausgleich zudem sicher, dass Krankenkassen mit niedrigeren Grundlohnschümmen im Wettbewerb nicht benachteiligt werden.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 9 und 11 verwiesen.

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?

Die Annahme, dass die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen eingeschränkt wird, ist unzutreffend.

Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Absatz 2 SGB V) bzw. des Versorgungsbedarfs ihrer Versicherten. Dieser Versorgungsbedarf wird auf der Grundlage der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Krankenkassen und der für den Morbi-RSA maßgeblichen Kriterien ermittelt.

Wenn die Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht ausreichen, um die Summe der berücksichtigungsfähigen Ausgaben aller Krankenkassen zu decken, wird diese Differenz wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen verteilt (§§ 40 und 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV). Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden dazu um einen einheitlichen Betrag je Mitglied gekürzt. Die Krankenkasse muss daraufhin ihrerseits diesen Betrag von ihren Mitgliedern als Zusatzbeitrag erheben, es sei denn, sie kann ihn über eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit oder aus ihren Rücklagen decken. Der Ausgleich der Morbiditätsunterschiede zwischen den Krankenkassen wird damit nicht eingeschränkt, er wird davon unberührt auf der Grundlage der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt. Diese Regelung wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zum 1. Januar 2009 eingeführt und wird bereits bei der Ermittlung der monatlichen Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen im Jahr 2010 angewandt.

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?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 12 bis 14 gemeinsam beantwortet.

Der vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, dass künftig unvermeidbare, über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Damit die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung geschützt sind, wird ein unbürokratischer und gerechter Sozialausgleich eingeführt. Dies wird durch eine gesetzlich festgelegte Überforderungsgrenze gewährleistet. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Belastungsgrenze für den Sozialausgleich von 2 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, greift der Sozialausgleich.

Davon zu unterscheiden ist die schon nach dem geltenden Recht bestehende Belastungsgrenze für Zuzahlungen nach § 62 SGB V. Mit den Zuzahlungen beteiligen sich die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten bestimmter Leistungen. Die Zuzahlungen sollen bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen. Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen gilt für sämtliche Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und beträgt 2 Prozent – für chronisch Kranke 1 Prozent – der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das Gesetz geht dabei von einem Bruttofamilieneinkommen aus.

Die Belastungsgrenze für den Sozialausgleich und die Belastungsgrenze für Zuzahlungen dienen folglich beide dem Schutz vor Überforderungen, sind aber im Übrigen deutlich voneinander zu unterscheiden.

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?

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird entgegen der in der Frage enthaltenen Annahme nicht vom BVA berechnet, sondern vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises festgelegt. Des Weiteren sieht der vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vor, dass für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag erhoben wird, diese den Zusatzbeitrag aber nicht selbst zahlen müssen. Für Sozialhilfebezieher bleibt es bei der derzeit bestehenden Regelung, dass für diese ein individueller Zusatzbeitrag der Krankenkassen zur Anwendung kommt, dieser jedoch – wie bisher – grundsätzlich von den Trägern der Sozialhilfe übernommen wird.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden, wie viele Personen durch die Zahlung von Zusatzbeiträgen hilfebedürftig werden würden. Daher können auch keine Angaben dazu gemacht werden, ob bzw. wie hoch ein möglicher Verwaltungsaufwand ausfallen würde.

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?

Verfügt eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer bzw. eine Rentnerin oder ein Rentner über mehrere beitragspflichtige Einnahmen, führt die zuständige Krankenkasse die beitragsrechtlich relevanten Informationen zu diesem Mitglied zusammen und prüft auf dieser Grundlage den Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich. Wenn Anspruch auf Sozialausgleich besteht, teilt die Krankenkasse in der Regel der beitragsabführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von dieser der Sozialausgleich durchzuführen und ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds abzuführen ist. Handelt es sich bei einer der beitragspflichtigen Einnahmen um eine gesetzliche Rente und übersteigt die Höhe der Rentenzahlung 260 Euro, so führt stets der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich durch und verringert den Beitragssatzanteil des Mitglieds.

Den weiteren beitragsabführenden Stellen – d. h. jenen, die nicht den verringerten Beitragssatzanteil des Mitglieds abführen – hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der 2-Prozent-Belastungsgrenze multipliziert mit den beitragspflichtigen Einnahmen ergibt. Dieses Verfahren garantiert, dass für jedes Mitglied, das Anspruch auf Sozialausgleich hat, die Belastungsgrenze bezogen auf die Summe seiner beitragspflichtigen Einnahmen zum Tragen kommt und es zu keiner Ungleichbehandlung zwischen Mitgliedern mit nur einer beitragspflichtigen Einnahme und Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen kommt.

18. Wie wird der Sozialausgleich von Selbstständigen, die freiwillig gesetzlich versichert sind, berechnet und durchgeführt?

Freiwillig versicherte Mitglieder zählen zu den so genannten Selbstzahlern, die ihren Krankenversicherungsbeitrag bereits heute direkt an die Krankenkasse zahlen. Grundlage für die Beitragsbemessung von Selbstständigen sind alle in den Beitragsverfahrensgrundsätzen für Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes aufgeführten, beitragspflichtigen Einnahmen, die das Mitglied gegenüber seiner Krankenkasse nachweisen muss, sowie die gesetzlich geltenden Mindestbemessungsgrenzen. Die zuständige Krankenkasse verfügt damit bereits heute über alle erforderlichen Informationen, um auf dieser Grundlage den Anspruch auf Sozialausgleich für das Mitglied zu prüfen und gegebenenfalls zu berechnen. Besteht Anspruch auf Sozialausgleich, teilt die Krankenkasse dem



Mitglied mit, dass es neben dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag künftig einen verringerten Mitgliedsbeitrag abzuführen hat.

19. Wie verhält es sich mit der Berechnung des Sozialausgleichs, wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterjährig schwankende Einkommen erzielen?

Verfügt eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer über eine beitragspflichtige Einnahme, passt sich die Durchführung des Sozialausgleichs der monatlichen, gegebenenfalls schwankenden beitragspflichtigen Einnahme des Mitglieds automatisch an. Gleiches gilt, wenn eine Arbeitnehmerin bzw. ein Arbeitnehmer über mehrere beitragspflichtige Einnahmen verfügt und die beitragsabführenden Stellen von der zuständigen Krankenkasse die Information erhalten haben, welches Beitragsbemessungsverfahren anzuwenden ist. Insofern wird ergänzend auf die Antwort zu Frage 17 verwiesen.

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?

Da die Durchführung des Sozialausgleichs nicht – anders als bisher im Hinblick auf die 1-Prozent-Grenze – per Antragsverfahren über die Krankenkassen laufen muss, sondern in den meisten Fällen automatisiert über die beitragsabführenden Stellen laufen kann, wird der Aufwand zur Durchführung des Sozialausgleichs für die Krankenkassen als gering eingeschätzt. Dort, wo der Sozialausgleich durch die Krankenkassen durchgeführt wird (Selbstzahler), kann der Sozialausgleich im Rahmen der auch bisher bereits erfolgenden Beitragsberechnung durchgeführt werden.

21. Wann sind welche Mittel in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geflossen, und wie ist die geplante Entwicklung bis 2014 (bitte quartalsweise, ersatzweise jährlich angeben)?

Der konkrete Stand der Liquiditätsreserve ergibt sich jeweils nach Ablauf eines Geschäftsjahres. Ende 2009 konnte wegen der Konjunkturkrise und der daraus sich ergebenden Beitragsmindereinnahmen keine Liquiditätsreserve aufgebaut werden. Der konkrete Stand der Liquiditätsreserve Ende 2010 kann erst nach Ablauf dieses Jahres festgestellt werden. Ab dem Jahr 2012 muss die Liquiditätsreserve nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.

22. Ist es richtig, dass die Bundesregierung vorsieht, dass der Sozialausgleich bis 2014 aus der Liquiditätsreserve gedeckt werden soll?

Ja. Es bleibt aber dabei, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach Ablauf des Jahres 2012 und der nachfolgenden Geschäftsjahre mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss.

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?

Nein, für die Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags sind nur die voraussichtlichen Einnahmen zugrunde zu legen, die für Zuweisungen zur Verfügung stehen. Insoweit wird auf den vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen.

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?

Bezüglich der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages wird auf die Antwort zu Frage 15 verwiesen. Der vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht des Weiteren vor, dass die Krankenkassen kassenindividuelle Zusatzbeiträge grundsätzlich nach eigenen Erfordernissen erheben können. Hingegen liegt dem Sozialausgleich immer der vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag zugrunde, unterjährige Anpassungen finden dabei nicht statt. Da einkommensunabhängige kassenindividuelle Zusatzbeiträge ein klares und transparentes Preissignal darstellen, ist zu erwarten, dass sich im Wettbewerb überdurchschnittliche Zusatzbeiträge nur in Verbindung mit einem besseren Leistungs- oder Serviceangebot durchsetzen lassen. Ebenso ist zu erwarten, dass sich einzelne Krankenkassen im Wettbewerb als besonders günstige Anbieter positionieren wollen und dazu ihren Zusatzbeitrag unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags halten wollen.

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

Der Sozialausgleich wird in den Jahren 2011 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert. Zusatzbeiträge fließen den einzelnen Kassen, nicht der Liquiditätsreserve zu.

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?

Der vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, dass der Bund zur Finanzierung des Sozialausgleichs ab 2015 weitere jährliche Zuschüsse an den Gesundheitsfonds leistet, deren Höhe im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt wird. Damit wird der Sozialausgleich nicht aus Beitragsmitteln finanziert.

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?

Der Gesetzgeber hat bereits in der vergangenen Wahlperiode mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geregelt, dass Zusatzbeiträge grundsätzlich von allen Mitgliedern erhoben werden. Dies schließt nach bestehender Rechtslage auch selbstversicherte Kinder mit ein. Der vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ändert die bestehende Rechtslage insoweit nicht.

Die in der Frage als Beispiel genannten Halbwaisen sind nach geltendem Recht versicherungspflichtig, wenn sie selbst oder die Person, von der die Rente abgeleitet wird, die Vorversicherungszeit für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner erfüllen. Die beitragsfreie Familienversicherung wird in diesen Fällen durch die vorrangige Versicherungspflicht als Rentner verdrängt. Dies gilt ebenso für Bezieher einer nur geringen, gesetzlichen Rente, wenn diese Rente zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung führt.

Für den Sozialausgleich würde nach dem Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung die für grundsätzlich alle Mitglieder vorgesehene Regelung gelten, nach der Anspruch auf Sozialausgleich besteht, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds übersteigt.

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

Wie haben sich diese in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Die Personalkosten machen rund 70 Prozent der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen aus. Wie die folgende Tabelle zeigt, ist der Anteil der Personalkosten an den Verwaltungskosten in den letzten 10 Jahren annähernd gleich geblieben.

Tabelle: Anteil der Personalkosten an den Bruttoverwaltungskosten

	Personalkosten	Bruttoverwaltungs- kosten	Anteil
1999	6 182	8 762	70,56 %
2000	6 399	9 068	70,56 %
2001	6 646	9 476	70,13 %
2002	6 921	9 902	69,89 %
2003	6 989	10 013	69,80 %
2004	7 036	10 003	70,34 %
2005	7 008	10 078	69,54 %
2006	7 095	10 153	69,88 %
2007	7 110	10 268	69,24 %
2008	7 128	10 498	67,90 %
2009	7 537	10 853	69,45 %

Anmerkung: Der Anteil der Personalkosten bezieht sich hier auf die Bruttoverwaltungskosten, weil die Krankenkassen die Verwaltungskosten für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags erstattet bekommen und diese Erstattung auch Personalkosten beinhaltet.

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

In der GKV beliefen sich die Nettoverwaltungskosten – nach Abzug der Erstattung der Verwaltungskosten für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags – im Jahr 2009 auf 8,908 Mrd. Euro. In der PKV beliefen sich im Jahr 2008 die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb auf rd. 790 Mio. Euro sowie die Abschluss- und Umstellungskosten auf rd. 2,229 Mrd. Euro. Ein Vergleich dieser Werte ist allerdings nur sehr eingeschränkt möglich, weil bei den Daten zur PKV unberücksichtigt bleibt, dass bei rund der Hälfte aller privat Versicherten die Beihilfe einen beträchtlichen Teil der Ausgaben trägt. Auch ist zu berücksichtigen, dass es in der GKV kein Äquivalent für die Abschluss- und Umstellungskosten in der PKV gibt. Zudem hat der Gesetzgeber nur im Bereich der GKV die Möglichkeit – wie bereits in der Vergangenheit geschehen und mit dem Gesetzentwurf zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung erneut beabsichtigt – Begrenzungen bei der Entwicklung der Verwaltungsausgaben vorzugeben.

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?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass vor dem Hintergrund der in den Jahren 2009 und 2010 erkennbaren Zuwächse bei den Verwaltungskosten auf Basis des Ausgabenvolumens des aktuellen Jahres Steigerungen der Verwaltungskosten der Krankenkassen, die nicht auf einer Veränderung der Versicher-

ten- oder Morbiditätsstruktur beruhen, grundsätzlich in den Jahren 2011 und 2012 nicht erforderlich sind. In welchen Bereichen hierfür erforderliche Einsparpotenziale realisiert werden, ist ureigenste Aufgabe der einzelnen Krankenkassen.

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)?

Der durch die Umsetzung des AMNOG voraussichtlich entstehende administrative Mehraufwand der Krankenkassen lässt sich noch nicht quantifizieren. Die Kosten werden durch die zu erwartenden Einsparungen der Krankenkassen bei den Arzneimittelausgaben aber weit überkompensiert werden. Konkrete Einschätzungen über die mit den weiteren angesprochenen Aufgaben verbundenen Aufwendungen können nicht getroffen werden, da sie in erheblichem Umfang von kassenindividuellen Besonderheiten abhängen.

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?

Die Fragen 32 bis 35 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass es aufgrund der Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen in den Jahren 2011 und 2012 auf Basis der Ausgaben des Jahres 2010 nicht zu Einschränkungen beim Service der Krankenkassen kommen wird. Auch wird keine Gefahr einer Reduzierung von Ausbildungsplätzen gesehen. Dabei muss – wie bereits in der Antwort zu Frage 30 dargestellt – die Begrenzung auf Basis der Verwaltungskosten des Jahres 2010 vor dem Hintergrund hoher Zuwächse in diesem und im vergangenen Jahr gesehen werden.

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)?

Die Kostenentwicklung bei den Personalkosten im Krankenhausbereich liegt auf der Grundlage des Kostennachweises des Statistischen Bundesamtes nur für vergangene Jahre vor. Die aktuellsten Kostendaten beziehen sich auf das Jahr 2008. Die absolute Höhe einzelner Kostenbestandteile von Krankenhausleistungen kann für zukünftige Jahre demgegenüber nicht verlässlich benannt werden. Für eine Vielzahl von Einflussgrößen wären hierbei Annahmen zu treffen, die sich für die Jahre 2011 und 2012 aber ganz anders als erwartet entwickeln können. So ist für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser neben den Kosten insbesondere auch die Erlösentwicklung relevant, die wiederum ebenfalls durch vielfältige Faktoren beeinflusst wird.

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?

Aktuelle Informationen zum Umsetzungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in den einzelnen psychiatrischen Einrichtungen liegen dem Bundesministerium für Gesundheit nicht vor. Auch ist nicht bekannt, in welchem Umfang die Krankenhäuser und Krankenkassen bereits in den Jahren 2009 und 2010 in ihren krankenhausesindividuellen Verhandlungen den Umsetzungsgrad verbessert haben. Für eine Quantifizierung der zusätzlichen Personalkosten müssten zudem Informationen über die Art und Schwere der Krankheiten der Patientinnen und Patienten sowie die jeweiligen Behandlungsziele und -verfahren vorliegen, die die Ermittlung des maßgeblichen Personalbedarfs beeinflussen.

Die Bundesregierung kürzt mit dem Entwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes nicht die bestehenden Krankenhausaufgaben, es werden lediglich zusätzliche Ausgabensteigerungen begrenzt. Die Einführung des zu entwickelnden neuen

Psych-Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wird damit nicht unzumutbar belastet. Auch in den Jahren 2011 und 2012 kann bei Vorliegen der Ausnahmetatbestände nach § 6 Absatz 1 Satz 4 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) die Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags krankenhausesindividuell überschritten werden. Mögliche Ausnahmetatbestände sind z. B. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen, zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen. Auch die Nachverhandlungsmöglichkeit zu fehlenden Stellen nach der Psych-PV wird dadurch nicht eingeschränkt.

38. Wie hoch sind die zu erwartenden Budgetzuwächse der Krankenhäuser nach dem Referentenentwurf jeweils für 2011 und 2012 (bitte in Euro angeben)?

Da der Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes nur den Zuwachs des Preisanstiegs der Fallpauschalen für akutstationäre Leistungen auf die Höhe der halbierten Grundlohnrate, nicht aber den Zuwachs von Art und Anzahl stationärer Leistungen begrenzt, kann eine Aussage zur genauen Höhe der Budgetzuwächse der Krankenhäuser nicht getroffen werden. Zwar wird bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen der Anstieg der Krankenhausbudgets auf die halbe Grundlohnrate begrenzt. Aufgrund der bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geltenden Ausnahmen nach § 6 Absatz 1 Satz 4 BpflV z. B. für die Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen, die im Konfliktfall durch die Anrufung der Schiedsstelle verfolgt werden können, ist der jeweilige Budgetzuwachs aber auch hier das Ergebnis krankenhausesindividueller Verhandlungen.

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)?

Viele Krankenhäuser haben in den letzten Jahren ihre Wirtschaftlichkeit verbessert. Nach wie vor gilt dies aber nicht für den gesamten Krankenhausbereich. Durch die in den letzten Jahren vorangetriebene Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation haben viele Krankenhäuser Gewinne gemacht, die vielfach zur Kompensation der nicht hinreichenden Investitionsmittel der Länder genutzt werden. Beispiele für oftmals weiterhin bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven sind die konsequente Etablierung klinischer Behandlungspfade, die Delegation von Leistungen, die OP-Reorganisation, die Prozessoptimierung in der Notfallaufnahme oder die Nutzung von Größen- und Standardisierungsvorteilen im Einkauf. Verschiedene Autoren werben zudem für eine Stärkung wettbewerblicher Ansätze, um die Effizienz der Krankenhausversorgung weiter zu verbessern.

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?

Der Mehrleistungsabschlag basiert auf der Erkenntnis, dass nicht mit der Erbringung jeder zusätzlichen stationären Leistung auch Kosten in voller Höhe

der abrechenbaren DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte verbunden sind. Vielmehr profitieren die Krankenhäuser bei Vereinbarung und Erbringung zusätzlicher Leistungen von sinkenden Grenzkosten, so dass für sie in diesem Fall zusätzliche Deckungsbeiträge entstehen. Zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln sollen vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen werden, um zu verhindern, dass durch leistungsabhängige und exogen für die Krankenhäuser vorgegebene Faktorkosten nicht bei bestimmten Leistungen die Finanzierung der Krankenhausleistungen gefährdet wird. Möglichen Einsparungen bei den Personalkosten wird dadurch gerade entgegengewirkt.

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?

Der Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, dass ein Wechsel aus der GKV in die PKV für abhängig Beschäftigte zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein soll. Mit dieser Regelung wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wieder hergestellt. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem über der o. g. Grenze liegenden Arbeitsentgelt können damit künftig wieder früher eigenverantwortlich über ihren Versicherungsschutz entscheiden.

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

Die Bundesregierung rechnet damit, dass im Jahr 2011 in Folge der Aufhebung der Drei-Jahres-Regel ca. 40 000 Personen zusätzlich von der GKV in die PKV wechseln werden.

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?

Für das Jahr 2011 rechnet die Bundesregierung mit Beitragsmindereinnahmen von ca. 300 Mio. Euro (ohne Berücksichtigung der durch die Abwanderung induzierten Minderausgaben in Höhe von ca. 100 Mio. Euro). Aufgrund der Vielzahl der Parameter, die für die Wechselbewegungen zwischen GKV und PKV verantwortlich sind (Lohnentwicklung und Lohnverteilung, Entwicklung der Prämien in der PKV, Arbeitsmarktentwicklung, Ausgabenentwicklung in der GKV etc.) und aufgrund der erheblichen Prognoseunsicherheit dieser Parameter können für die Mittelfrist keine verlässlichen Prognosen erstellt werden. Die beitragspflichtigen Einnahmen werden im Jahr 2011 um ca. 0,2 Prozentpunkte gemindert.



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)?

Bei unterstellten Ausgaben von 260 Euro/Monat ergäben sich im Jahr 2011 saldierte Mindereinnahmen in der GKV von ca. 170 Mio. Euro. Die in der Frage unterstellten Ausgaben decken sich nicht mit den Annahmen der Bundesregierung. Die Bundesregierung rechnet mit saldierten Mindereinnahmen im Jahr 2011 von ca. 200 Mio. Euro.

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 Non-monetary 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?

§ 105 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen. Die Bundesregierung sieht in einer solchen Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ein geeignetes Instrument zur Förderung einer flächendeckenden Versorgung. Die konkrete Ausgestaltung und Höhe der Sicherstellungszuschläge ist von den Gegebenheiten vor Ort abhängig. Der Bundesregierung ist im Übrigen bewusst, dass allein finanzielle Anreize häufig nicht ausreichend sind. Vielmehr bedarf es weiterer Maßnahmen bzw. Anreize. Hierzu gehören insbesondere auch infrastrukturelle Maßnahmen.

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 ausgezahlt werden?

Nach einer im Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes vorgesehenen Regelung wird der Behandlungsbedarf jeweils in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen aufgrund der Veränderung der Zahl der Versicherten angepasst und zum anderen bundesweit um einen Zuwachs aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten in Höhe von 0,75 Prozent erhöht. Für das Jahr 2010 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) in seinem Beschluss zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs eine diagnosebezogene Komponente sowie eine demografische Komponente der Veränderungsrate festgelegt. Diese durch den EBA festgelegten Veränderungsrate sollen nunmehr mit etwas abweichender Gewichtung (50:50) und in der Begrenzung der finanzrelevanten Wirksamkeit auf die Hälfte für die Jahre 2011 und 2012 fortgeschrieben werden. Damit wird in den Jahren 2011 und 2012 gleichwohl wie

in 2010 die Morbidität anhand der Diagnosekomponente als auch eines Demografiefaktors berücksichtigt.

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?

Die Bundesregierung zielt nicht darauf ab, ein zunehmend steuerfinanziertes Gesundheitssystem zu errichten. Nicht durch die Einnahmenentwicklung gedeckte Ausgabensteigerungen der GKV sollen über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der GKV-Mitglieder finanziert werden und nicht aus Steuermitteln. Im Übrigen wird auf den vom Bundeskabinett am 22. September 2010 beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen.

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?

Die Fragen 48 bis 54 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Derzeit wählen nur wenige GKV-Versicherte die Kostenerstattung als Alternative zur Sachleistung. Eine Ursache dieser Zurückhaltung dürfte in den tendenziell abschreckend wirkenden Regelungen zu suchen sein, die in § 13 Absatz 2 SGB V für die bereits existierende Wahl der Kostenerstattung vorgegeben sind.

Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP sieht vor, die Möglichkeiten der Kostenerstattung auszuweiten, um die Transparenz für Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherte und Patientinnen und Patienten zu erhöhen und eine kostenbewusste Inanspruchnahme der Leistungen der GKV zu ermöglichen. Die Koalitionspartner wollen, dass den Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Die Bundesregierung prüft derzeit die Umsetzung dieser Vorgaben.

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.“?

Es wird auf die Antwort zu Frage 59 verwiesen. Die dort genannte sorgfältige Prüfung umfasst auch europarechtliche Fragestellungen.

56. In welchem Umfang nehmen Versicherte die Möglichkeit zum Abschließen eines Wahltarifes mit Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit wahr?

Die Zahl der in Wahlтарifen nach § 53 Absatz 4 SGB V eingeschriebenen Versicherten belief sich gemäß der amtlichen Statistik KM 1 im August 2010 auf 335 510.

57. Liegen der Bundesregierung Informationen darüber vor, welche Einkommensgruppen vorwiegend Wahlтарife zur Kostenerstattung abschließen?

Der Bundesregierung liegen entsprechende Informationen nicht vor.

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?

Dem Bundesministerium für Gesundheit liegen viele, oft divergierende Vorschläge zur Gesundheitspolitik von zahlreichen Interessenorganisationen des Gesundheitswesens vor. Sämtliche dieser Vorschläge werden einer gewissenhaften Prüfung unterzogen.

59. Trifft es zu, dass im Bundesgesundheitsministerium darüber nachgedacht wird, Wahlтарife für gesetzliche Krankenversicherungen einzuschränken oder ganz auszuschließen?

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP sieht vor, bei den Wahlтарifen in der GKV die Abgrenzung zwischen den beiden Versicherungssäulen GKV und PKV klarer auszugestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen zu erweitern. Die Bundesregierung prüft derzeit die Umsetzung dieser Vorgaben.

