

## **Antrag**

**der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Jens Ackermann, Michael Kauch, Detlef Parr, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Rainer Bröderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Markus Löning, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP**

### **Gesundheitsfonds und staatliche Beitragssatzfestsetzung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht einführen**

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,  
die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Gesundheitsfonds und der bundesweit für alle gesetzlichen Krankenkassen einheitliche Beitragssatz zum 1. Januar 2009 nicht eingeführt werden.

Berlin, den 25. Juni 2008

**Dr. Guido Westerwelle und Fraktion**

#### **Begründung**

Der Gesundheitsfonds löst keines der anstehenden Probleme des Gesundheitssystems, sondern er schafft neue. Er ist das Einfallstor für die Einheitskasse. Er ebnet den Einstieg in ein staatlich zentralistisches Gesundheitswesen.

Mit Gesundheitsfonds und Beitragssatzfestsetzung wird ein wesentliches Element des Wettbewerbs, der Preis für die Versicherung, außer Kraft gesetzt und durch eine staatliche Preisregulierung ersetzt.

Ein einheitlicher Krankenversicherungsbeitrag für alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, der durch die Bundesregierung festgelegt wird, macht ein ökonomisch verantwortliches Verhalten der Krankenkassenvorstände, bei dem Preis und Leistung in Relation gesetzt werden, unmöglich. Das verstärkt den Druck zur Rationierung und wird zu Forderungen nach mehr Steuergeld führen.

Der Beitragssatz wird zur politischen Größe, die sich an der Kassenlage und dem Zeitpunkt innerhalb der Wahlperiode ausrichtet, nicht jedoch an gesundheitspolitischen Notwendigkeiten. Fehlentscheidungen wirken sich nicht nur auf eine einzelne Krankenkasse, sondern auf den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auf 90 Prozent der Bevölkerung aus. Wird der Beitragssatz zu niedrig festgelegt, führt das zur Rationierung von Gesundheitsleistungen und zu einem Kassensterben mit der Tendenz zur Einheitsversicherung, weil die kassenindividuelle Finanzierungsmöglichkeit über Zusatzbeiträge gesetzlich erheblich beschränkt ist. Wird der Beitragssatz zu hoch festgelegt, wird Unwirtschaftlichkeit gefördert, die Arbeitnehmer zahlen zu viel, die Lohnzusatzkosten steigen und Arbeitsplätze geraten in Gefahr.

Der Gesundheitsfonds entkoppelt die Beziehung zwischen den Beiträgen und den Leistungen der einzelnen Krankenkasse. Statt den heutigen Risikostrukturausgleich im Zuge des propagierten Wettbewerbs auf das Wesentliche zu beschränken, wird er zu einem allumfassenden Zuteilungssystem ausgeweitet. Statt sich der Begründung stellen zu müssen, warum man Krankenkassen Geld wegnimmt, um es den Mitkonkurrenten zu geben, wird nun staatlicherseits nach gesetzten Kriterien eine gewisse Geldsumme je Versicherten zugeteilt.

Auch wenn die Verantwortlichen den Eindruck erwecken wollen, dass es objektive Kriterien gebe, nach denen das Geld verteilt werden könne, zeigt sich bei der Erarbeitung des so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, bei dem der Auswahl der Morbiditätsgruppen 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zugrunde gelegt werden sollen, dass es eine solche Objektivität nicht gibt. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt, der diesen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich entwickeln sollte, ist zurückgetreten, weil er sich nicht mehr in der Lage sah, den politischen Umverteilungsforderungen des Bundesministeriums für Gesundheit unter Wahrung seines wissenschaftlichen Ansatzes nachzukommen. Das zeigt mehr als deutlich die politische Manipulationsanfälligkeit eines solchen Ausgleiches.

Mit der staatlichen, bundeseinheitlichen Beitragssatzfestsetzung und der Zahlung von Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds ergibt sich zudem die große Gefahr eines Mentalitäts- und Strategiewechsels. Die Aktivitäten der Krankenkassen werden sich darauf ausrichten, möglichst viel Geld aus dem Gemeinschaftstopf zu erhalten und nicht mehr darauf, Versicherte durch ein überzeugendes Preis-Leistungs-Verhältnis zu binden. Verbunden mit der Konstruktion des Zusatzbeitrages, der möglichst vermieden werden muss, um die Abwanderung von Versicherten zu verhindern, werden Qualitätsaspekte gegenüber reinen Kostenüberlegungen deutlich ins Hintertreffen geraten.

Will man schuldenfrei in den Fonds starten und – wie politisch verkündet – zu Beginn dafür sorgen, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu 100 Prozent aus den Zuweisungen gedeckt sind, wird der heutige Beitragssatz auf weit über 15 Prozent steigen, denn man überfinanziert mit einem solchen Schritt die Krankenkassen, die heute einen niedrigen Beitragssatz haben. Hinzu kommt der bürokratische Aufwand. Ein deutlich steigender Beitragssatz konterkariert das Ziel der Senkung der Lohnzusatzkosten, das sich auch die Bundesregierung zu eigen gemacht hat.

Der Gesundheitsfonds vernichtet Spielräume für Lösungen, die den regionalen Besonderheiten in ausreichendem Maße Rechnung tragen. Das führt zu Ineffizienz. Die Tendenz zu einer bundesweiten Nivellierung wird gefördert, das Subsidiaritätsprinzip missachtet. Die in § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Konvergenzphase, in der unterschiedliche Be- und Entlastungen durch die Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. Euro bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen stufenweise angeglichen werden, ändert – selbst wenn für die Umsetzung doch noch eine Lösung gefunden wird – hieran grundsätzlich nichts, sondern mildert die Folgen in einer Übergangsphase lediglich ab.

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ist so konstruiert, dass er zum Scheitern verurteilt ist. Wenn 95 Prozent der GKV-Ausgaben aus lohnbezogenen Beiträgen mit einheitlichen Beitragssätzen gedeckt werden müssen, stehen maximal fünf Prozent des Volumens für wettbewerbsrelevante Preisunterschiede zur Verfügung (bei fast 100-prozentig identischem Leistungsspektrum). Durch die Beschränkung der Zusatzprämie auf ein Prozent des jeweiligen Gesamtbruttoeinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze schrumpft der Spielraum nochmals. Wer 1 500 Euro verdient, muss maximal 15 Euro an monatlicher Zusatzprämie bezahlen. Kaum vorstellbar ist, dass es sich eine Krankenkasse leisten kann, stattdessen ihre mehr verdienenden Versicherten deutlich stärker zu belasten mit z. B. 35 Euro monatlich bei 3 500 Euro Einkommen. Diese Versicherten würden ganz schnell ihre Krankenkasse wechseln oder sofern möglich zur privaten Krankenversicherung abwandern.

Der Gesundheitsfonds soll aus all diesen Gründen gar nicht erst geschaffen werden. Die Krankenkassen müssen ihre Beitragsautonomie behalten, um ihre Geschäftspolitik im Hinblick auf die Interessen ihrer jeweiligen Versicherten zielgerichtet ausrichten und sich damit im Wettbewerb mit den anderen gesetzlichen Krankenkassen bewähren zu können. Der Weg in eine Einheitsversicherung unter Ausschaltung des Wettbewerbs darf nicht weiter beschritten werden.

