

Antrag

der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, Matthias W. Birkwald, Ates Gürpınar, Jan Korte, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Dr. Petra Sitte, Jessica Tatti und der Fraktion DIE LINKE.

Kassendefizite solidarisch überwinden – Erhöhung der Beitragssätze durch die Krankenkassen verhindern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in einem desolaten Zustand. Waren 2017 noch erhebliche Rücklagen (rund 20 Mrd. Euro bei den Kassen) und Überschüsse (3,5 Mrd. Euro)¹ vorhanden, so waren diese bereits zum Regierungswechsel im vergangenen Jahr weitgehend bis auf die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserven aufgebraucht. Schlimmer noch: Trotz der Übernahme vieler pandemiebedingter Maßnahmen durch den Bundeshaushalt ist bereits in diesem Jahr zusätzlich ein Rekord-Bundeszuschuss von insgesamt 28,5 Mrd. Euro notwendig, um die Beitragssätze nicht explodieren zu lassen. Für diese Finanzlage ist der Bundesgesundheitsminister der Vorgängerregierung verantwortlich – dafür, dass seit dem Regierungswechsel keinerlei Gegenmaßnahmen ergriffen wurden, trägt der jetzige Gesundheitsminister die Verantwortung. Die Schätzungen für das im nächsten Jahr zu erwartende Defizit reichen von 17 Mrd. Euro (Bundesregierung) bis 24,6 Mrd. Euro (Risikoszenario des IGES-Instituts). Ohne Gegenmaßnahmen würden sich die Zusatzbeiträge selbst nach der Schätzung der Bundesregierung fast verdoppeln.

Nun wird mit dem Gesetzentwurf für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz der Versuch unternommen, gegenzusteuern. Hierzu ist festzustellen: Erstens reichen die vorgesehenen Maßnahmen nicht aus, um die Beitragssätze auf dem ohnehin schon hohen Niveau zu stabilisieren. Selbst die Bundesregierung rechnet in ihrem optimistischen Szenario mit einer Erhöhung der Zusatzbeiträge um 0,3 Prozentpunkte. Zweitens sollen die weiteren im Gesetzentwurf enthaltenen Gegenmaßnahmen faktisch ebenfalls zu einem großen Teil von den Versicherten selbst finanziert werden, insbesondere durch Abbau von Rücklagen bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds. Auch dies ist das Geld der Solidargemeinschaft und steht für Leistungen der Krankenkassen dann nicht mehr zur Verfügung. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung geht davon aus, dass elf von 17 Mrd. Euro durch die Beitragszahlenden selbst aufgebracht werden.² Drittens sind durch die Abschaffung der Neupatientenregelung auch

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/2-quartal/finanzreserven-krankenkassen.html>

² https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1467648.jsp

Leistungsverschlechterungen in der ambulanten Versorgung möglich. Viertens basieren viele der geplanten Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage auf Einmaleffekten; eine strukturelle Reform der Einnahmeseite bleibt völlig aus.

Stabile gesetzliche Sicherungssysteme sind äußerst wichtig für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und für das Funktionieren der Gesundheitseinrichtungen. Um eine langfristig solide und sozial gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erzielen, muss die Einnahmeseite der Krankenkassen grundlegend verändert werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die folgenden Maßgaben zum 01.01.2023 umsetzt:

1. Die Beitragsbemessungsgrenze wird zum 01.01.2023 auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung (West) erhöht. Für 2022 entspräche dies einer Erhöhung von 5362,50 Euro auf 7050 Euro monatlich. Die Versicherungspflichtgrenze wird entsprechend angepasst.
2. Die Beitragszahlung von Arbeitslosengeld-II-Beziehenden wird reformiert. Deren Höhe wird wie bei solchen Beschäftigten gestaltet, die nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen über ein ähnlich niedriges Einkommen verfügen wie alleinstehende Arbeitslosengeld-II-Beziehende. Das entspricht aktuell einem Bruttoerwerbseinkommen von rund 1100 Euro im Monat. Auf diesen Betrag ist der reguläre Beitragssatz anzuwenden und je Arbeitslosengeld-II-beziehender Person vom Bund an die gesetzlichen Krankenkassen zu zahlen.
3. Auf Arzneimittel wird künftig der ermäßigte Mehrwertsteuersatz erhoben (vgl. Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken – Anhebung der Zusatzbeiträge für gesetzlich Krankenversicherte verhindern“, BT-Drs. 20/3485).
4. Die rückwirkende Geltung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-Erstattungsbetrags nach § 130b Sozialgesetzbuch V für neue patentgeschützte Arzneimittel wird auf den ersten Monat, also sofort nach dem erstmaligen Inverkehrbringen festgelegt.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

für den Fall, dass trotz der Umsetzung der Maßnahmen aus II. Zusatzbeitragserhöhungen drohen sollten, diese durch einen entsprechend erhöhten Bundeszuschuss zu verhindern.

IV. Um die Finanzierung mittelfristig ohne Erhöhung des Beitragssatzes und ohne erhöhten Bundeszuschuss gewährleisten zu können, fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen und die notwendigen administrativen Voraussetzungen zu schaffen, damit ab 2024 alle Einkommen aus abhängiger und selbstständiger Arbeit sowie aus allen anderen Einkommensarten (z. B. Einkommen aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung und Verpachtung) beitragspflichtig werden. Dabei bleiben Kapitalerträge bis zur Höhe des Sparerpauschbetrags beitragsfrei.

V. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung darüber hinaus auf,

Maßnahmen einzuleiten, die die stationäre und ambulante Versorgung vor Übernahmen durch Kapitalinvestoren schützen.

Berlin, den 20. September 2022

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Zu II.1

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ist die wichtigste Maßnahme zur raschen Stabilisierung der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Verhinderung von höheren Belastungen bei niedrigen und mittleren Einkommen. Dadurch könnte der größte Teil des zu erwartenden Defizits abgedeckt werden. In dem Gutachten „Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer ‚Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung‘“ stellen Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dominik Domhoff fest, dass auf Basis der Daten von 2019 dadurch 12,65 Mrd. Euro an zusätzlichen jährlichen Einnahmen generiert werden würden. Da die dem Gutachten zugrundeliegenden Einkommensdaten 2023 bereits vier Jahre alt sein werden, ist sogar von höheren Mehreinnahmen auszugehen. Diese Mehreinnahmen entstehen nur bei Einkommen oberhalb von 5362,50 Euro (Stand 2022), alle unter diesem Betrag werden nicht belastet. Einkommen oberhalb dieser Summe zahlen bislang einen geringeren Prozentsatz ihres Einkommens an die Krankenkasse als die Einkommen darunter. Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze werden also nicht nur mehr Einnahmen generiert, sondern auch eine Ungerechtigkeit teilweise beseitigt. Die antragstellende Fraktion strebt eine komplette Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und damit eine komplette Beseitigung dieser Ungerechtigkeit an, schlägt hier aber als ersten Schritt nur eine Erhöhung vor, da auch in der Koalition bereits Stimmen laut wurden, die eine Erhöhung forderten.

Zu II.2

Der Bund zahlt derzeit bei Bezug von Arbeitslosengeld II pauschal rund 108 Euro pro Monat und Person an die gesetzliche Krankenversicherung. Das ist weniger, als Personengruppen an Beitrag zahlen, die einen vergleichbaren finanziellen Lebensstandard aus ihrem Bruttoeinkommen erwirtschaften. Ein solches Bruttoeinkommen würde etwa 1100 Euro monatlich betragen, das entspricht einem Krankenversicherungsbetrag von rund 175 Euro. Daher ist es sachgerecht, wenn der Bund für diese Versicherten auch einen entsprechenden Beitrag zahlen würde. Damit erhielt die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehreinnahmen von rund 2,6 Mrd. Euro.

Zu II.3

Deutschland ist einer der wenigen Staaten, der auf Arzneimittel den vollen Mehrwertsteuersatz erhebt. In der EU erheben neben Deutschland nur noch Bulgarien und Dänemark den vollen Umsatzsteuersatz auf Arzneimittel – alle anderen Staaten belegen Medikamente mit dem ermäßigten Satz bzw. haben die Besteuerung von Arzneimitteln auf zwei Prozent oder gar auf Null abgesenkt. Da die Logik, welche Waren dem ermäßigten Mehrwertsteuersatz unterliegen zumindest lebensnotwendige Güter einschließen sollte, ist es sachgerecht, auf Arzneimittel auch nur den ermäßigten Satz von 7 Prozent statt des vollen Satzes von 19 Prozent zu erheben. Diese Maßnahme bedeutet für die gesetzliche Krankenversicherung Minderausgaben von rund fünf Mrd. Euro jährlich (vgl. Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken – Anhebung der Zusatzbeiträge für gesetzlich Krankenversicherte verhindern“, Drs. 20/3485).

Zu II.4

Die Bundesregierung bleibt mit ihrem Gesetzentwurf auf halbem Wege stehen: Die im Entwurf für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vorgesehene Regelung, dass für neuartige Medikamente die freie Preisbildung durch die Hersteller zukünftig nur sechs anstelle von zwölf Monaten gelten soll und dass der Erstattungsbetrag zukünftig ab dem siebten Monat (anstelle wie bisher ab dem 13. Monat) nach Markteinführung gelten soll, ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, greift aber zu kurz. Wir fordern daher die rückwirkende Geltung des Erstattungspreises ab dem Tag des Marktzugangs. Dies schützt die Versichertengemeinschaft auch langfristig vor immer neuen Mondpreisen für innovative Medikamente und ermöglicht es auch kurzfristig, die GKV-Ausgaben zu senken. Es ist von Einsparungen in Höhe von etwa 300 Mio. Euro jährlich auszugehen.

Zu II. insgesamt

Durch diese vier Maßnahmen würde die gesetzliche Krankenversicherung um rund 20,55 Mrd. Euro entlastet. Das wäre mehr als ausreichend, um den Defiziterwartungen der Bundesregierung zu begegnen und Beitragserhöhungen auszuschließen – ohne Leistungsausschlüsse, ohne einen zusätzlichen Bundeszuschuss und ohne die Rücklagen anzutasten.

Zu III.

Für den Fall, dass – etwa durch eine wirtschaftliche Rezession – doch eine Situation entsteht, in der die gesetzliche Krankenversicherung in eine wirtschaftliche Schieflage gerät, sieht diese Forderung einen soliden „Rettungsschirm“ vor, der Beitragserhöhungen über eine Flexibilisierung des Bundeszuschusses verhindert. Dies könnte in Form einer Verordnungsermächtigung in § 221a Abs. 3 SGB V geschehen, mittels derer auch bereits der zusätzliche Bundeszuschuss für 2022 festgelegt worden ist. Damit könnte das Versprechen abgegeben werden, dass Beitragserhöhungen definitiv ausgeschlossen sind. Diese Forderung dient nur der Absicherung vor unbekanntem Risiken. Für den Fall, dass eine Entwicklung eintritt, wie die Bundesregierung sie voraussagt, wären keine zusätzlichen Bundesmittel notwendig und sogar leichte Beitragssenkungen (etwa 0,2 Prozentpunkte) oder etwa die Abschaffung sämtlicher Zuzahlungen (etwa 4 Mrd. Euro) realisierbar.

Zu IV.

Um die gesetzliche Krankenversicherung mittel- und langfristig zu stabilisieren ist es notwendig, ihre Finanzierung nicht wie bisher nur auf Löhne und Renten zu stützen, sondern auch auf sonstige Einkünfte, insbesondere Kapitaleinkünfte und Gewinne aus Vermietung und Verpachtung auszuweiten. Bei freiwillig gesetzlich Versicherten ist dies bislang schon der Fall. Es ist aber auch innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten ungerecht, wenn eine Person mit 1000 Euro Arbeitseinkommen und 3000 Euro Kapitaleinkommen nur ein Viertel des Beitrags einer Person mit 4000 Euro Arbeitseinkommen zahlt, denn deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beiden ist dieselbe. Diese Maßnahme würde nach dem oben erwähnten Gutachten von Rothgang und Domhoff auf Basis der Daten von 2019 rund 11 Mrd. Euro zusätzlich an Beitragseinnahmen bewirken. Sie würde durch die dann geringere Abhängigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von Löhnen und Renten auch zu einer verlässlicheren Finanzierung führen. Gemeinsam mit den Maßnahmen aus II würde die gesetzliche Krankenversicherung um 31,55 Mrd. Euro entlastet. Da die Datenbasis für die beiden aufkommensstärksten Maßnahmen aus dem Jahr 2019 ist, ist damit zu rechnen, dass dies sogar eine Unterschätzung des Entlastungsvolumens darstellt.

Zu V.

In die stationäre und ambulante Versorgung dringen immer mehr Kapitalinvestorinnen und Kapitalinvestoren ein, die ein krisensicheres und hochprofitables Geschäft erwarten. Das Erzielen von zweistelligen Umsatzrenditen ist keine Seltenheit. Finanziert werden diese Gewinne aus den Geldern der Versicherten. Realisiert werden diese Gewinne durch Optimierung der Prozesse auf den Gewinn statt auf das Wohl der Patientinnen und Patienten, durch Ausbeutung der Beschäftigten sowie durch Zusammenfassen von kleinen zu großen Einheiten und deren kurzfristiger Weiterverkauf. Es gehört daher zu einem Konzept zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung dazu, den Abfluss von Versichertengeldern hin zu Kapitalanlegenden zu verhindern. Daher erhält die Bundesregierung den Auftrag, von der Rolle einer Zuschauerin zur handelnden Akteurin zu werden und weitere Übernahmen zu verhindern. Dazu geeignet sind beispielsweise Einschränkungen bei der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern, Arztpraxen oder auch Physio- oder Ergotherapiepraxen durch Kapitalinvestorinnen und Kapitalinvestoren.