

Duales Gesundheitssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung erhalten

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0267(8)
gel. VB zur öAnhörung am 21.6.
2017_SoIVG
19.6.2017

Stellungnahme zum Antrag „Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege“ der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/11722)

16. Juni 2017

Zusammenfassung

Die Fraktion DIE LINKE fordert in ihrem Antrag eine solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege. Dabei sollen alle in Deutschland lebenden Menschen alle notwendigen gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen erhalten und Beiträge nach ihrem tatsächlichen Einkommen zahlen.

Die unterbreiteten Vorschläge zielen jedoch nicht auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, sondern auf mehr finanzielle Umverteilung. Durch die geforderten Maßnahmen wie z. B. die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Leistungsausweitungen und die Abschaffung von Zuzahlungen würden die langfristige Finanzierbarkeit der Kranken- und Pflegeversicherung sowie Wachstum und Beschäftigung gefährdet. Daher ist der Antrag abzulehnen.

Im Einzelnen

Alle bekannten Bürgerversicherungsmodelle sind wachstums- und beschäftigungsfeindlich und daher abzulehnen. Das gilt auch für den jetzt vorgelegten Vorschlag für eine „Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege“ der Fraktion DIE LINKE.

Die Belastung der Beitragszahler würde durch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze dauerhaft erhöht, die Umverteilung im demografieanfälligen Umlagesystem zulasten kommender Generationen ausgeweitet und die langfristige Finanzierbarkeit der Kranken- und Pflegeversicherung durch zusätzliche Leistungsversprechen erschwert.

Systemwettbewerb beibehalten

Das duale System aus gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung hat sich bewährt und muss erhalten bleiben. Die vorgeschlagene Abschaffung der privaten Krankenversicherung ist daher abzulehnen.

Der bestehende Wettbewerb dieser beiden Systeme sichert nicht nur eine hohe Qualität des Versorgungsniveaus über alle Bereiche des Gesundheitswesens hinweg. Dieser stärkt auch die Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Bürger, da abhängig Beschäftigte zumindest im Moment des Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze zwischen den Systemen wählen können. Zudem wirkt das existierende System durch den bestehenden Wettbewerb einer Kostenausweitung im Gesundheitswesen entgegen. Dabei ist zu beachten, dass die Kostenentwicklungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den letzten Jahren nahezu identisch gewesen sind (seit 2010 im Durchschnitt etwa 4 % jährlich in der



gesetzlichen und gut 3 % in der privaten Krankenversicherung).

Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung wäre auch deshalb ein schwerer Fehler, weil damit ausgerechnet diejenige Krankenvollversicherung abgeschafft würde, die mit ihren Alterungsrückstellungen in Höhe von 190 Mrd. € (2015) über eine solide finanzielle Basis verfügt. Das entspricht dem 8-fachen der jährlichen Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung im Jahr 2015. In der privaten Pflegepflichtversicherung lagen die Alterungsrückstellungen 2015 bei etwa 30 Mrd. € und damit sogar mehr als dem 30-fachen der jährlichen Leistungsausgaben. Demgegenüber ist die gesetzliche Krankenversicherung zu einer vergleichbaren Zukunftsvorsorge weder wirtschaftlich noch politisch in der Lage: Wirtschaftlich, weil sie dazu Rückstellungen in Höhe von mehr als 1 Bio. € bilden müsste, was weder kurz- noch langfristig realistisch ist. Politisch, weil ihre Überschüsse nicht wirksam vor politischen Zugriffen geschützt sind.

Es ist auch eine Illusion zu glauben, mit der Abschaffung der privaten Krankenversicherung ließe sich eine Entlastung der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung erreichen. Würde die private Krankenversicherung abgeschafft, würden für die Zukunft für gar keine Versicherten mehr neue Alterungsrückstellungen gebildet, die zur Beitragsentlastung im Alter verwendet werden könnten. Die Folge wäre, dass der von den Beitragszahlern der allgemeinen Krankenversicherung – und damit vor allem Arbeitgebern und Arbeitnehmern – zu finanzierende Subventionierungsbedarf für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) von heute bereits etwa 50 Mrd. € jährlich noch höher ausfallen müsste.

Beitragsbemessungsgrenze auf dem bisherigen Niveau beibehalten

Die von der Fraktion DIE LINKE geforderte Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist abzulehnen. Arbeitgeber würden für höhere Löhne und Gehälter bestraft und durch eine außerordentliche Anhebung oder gar

Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde das Solidarprinzip in der GKV erheblich überstrapaziert. Denn über 90 % der Kassenleistungen sind Sachleistungen, auf die alle Versicherten unabhängig von der Beitragsleistung die gleichen Ansprüche haben. Schon heute liegen die Beiträge der Gutverdienenden (4.350 €) um 45 % über denen der Durchschnittsverdienenden (3.000 €).

Die bereits im gegenwärtigen System höchst problematische Anknüpfung der Beiträge für Gesundheit und Pflege an das Einkommen, die wie eine Strafsteuer auf Arbeit wirkt, würde dadurch sogar verschärft.

Auch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, wie sie in der Vergangenheit immer wieder gefordert wurde, würde viele Beitragszahler erheblich belasten. Die jährliche Zusatzlast je Arbeitsplatz mit einem Gehalt an der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung beträgt 3.768 €, wovon 1.752 € die Arbeitgeberseite zu tragen hätte. Auch in der sozialen Pflegeversicherung würde eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung eine monatliche Mehrbelastung von 51 € für Arbeitnehmer und Arbeitgeber bedeuten. Von dieser jährlichen Zusatzlast i. H. v. 612 € hätten die Arbeitgeber 306 € zu tragen.

Aus einer Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV (bzw. SPV) resultiert ein Anstieg der zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträge von bis zu 45 %.

Mindestbeiträge für Selbstständige überprüfen

Die von der Fraktion DIE LINKE geforderte vollständige Streichung der Mindestbemessungsgrenzen für selbstständige und freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist abzulehnen, wirft jedoch eine berechtigte Fragestellung auf. Eine vollständige Abschaffung aller Mindestbemessungsgrenzen würde zu erheblichem Verwaltungs-



aufwand bei der Ermittlung der zu verbeitragenden Einnahmen führen und die anderen Beitragszahler belasten. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Selbstständige andere Möglichkeiten zur Gestaltung der Höhe ihrer beitragspflichtigen Einkommen haben als Arbeitnehmer und Rentner.

Richtig ist jedoch die Feststellung, dass der derzeitige Mindestbeitrag einen Teil der Selbstständigen überfordert. Zutreffend ist auch, dass Selbstständige beim Mindestbeitrag gegenüber freiwillig Versicherten schlechter stehen. Insofern wäre eine begrenzte Absenkung des Mindestbeitrags vertretbar. Allerdings sollte der Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbstständig auch nicht niedriger liegen als der Mindestbeitrag für freiwillig gesetzlich Krankenversicherte, die einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III erhalten (etwa bei 225 €), weil es sonst zu neuen Wertungswidersprüchen käme.

Auf Leistungsausweitungen verzichten

Die Forderung nach immer weiteren Leistungsausweitungen im Gesundheitssystem ist abzulehnen. Sie würden die langfristige Finanzierbarkeit der Kranken und Pflegeversicherung erschweren und zwangsläufig zu einem zusätzlichen Beitragsaufwand führen.

Die Fraktion DIE LINKE kündigt in ihrem Antrag bereits an, dass Leistungen wie Brillen, Zahnersatz oder sogar rezeptfreie Medikamente in Zukunft vollständig durch die Solidargemeinschaft finanziert werden müssten. Dabei gibt es noch nicht einmal für den jetzigen Leistungskatalog in der Kranken- und Pflegeversicherung eine auch langfristig tragbare Finanzierung.

Zuzahlungen ausbauen

Ein vollständiger Verzicht auf Zuzahlungen, wie ihn die Fraktion DIE LINKE in ihrem Antrag fordert, ist abzulehnen. Zuzahlungen sollen nicht nur Einnahmen generieren, sondern auch eine Steuerungswirkung entfalten. Als solche sind sie unverzichtbar und stellen

auch keine Überforderung des Einzelnen dar. Nach wie vor weist Deutschland ein im internationalen Vergleich unterdurchschnittliches Niveau bei Eigenbeteiligungen auf (OECD, Health at a Glance). Die Belastungsobergrenzen für Eigenbeteiligungen (grundsätzlich 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und bei chronisch Kranken 1 %, § 62 Abs. 1 SGB V) verhindern schon heute eine finanzielle Überlastung.

Richtig wäre vielmehr eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten. Diese trägt dazu bei, den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren. Eine höhere Selbstbeteiligung schafft Anreize, Leistungen dort nicht in Anspruch zu nehmen, wo sie nicht erforderlich sind, bzw. Leistungen kostenbewusst nachzufragen. Mehr Selbstbeteiligung setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein Großteil der Krankheitskosten ist verhaltensbedingt (z. B. durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Genussmittelmissbrauch) und lässt sich daher durch entsprechende Verhaltensänderungen vermeiden.

Durch eine angemessene Selbstbeteiligung wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Die Übernahme kleiner Risiken durch den Einzelnen ist Voraussetzung dafür, dass die großen Risiken schwerer Erkrankungen auch weiterhin solidarisch abgedeckt werden können.

Festschreibung des Arbeitgeberbeitragsatzes beibehalten

Die weitere Festschreibung des Arbeitgeberanteils in der Krankenversicherung auf 7,3 % ist zwingend notwendig. Nur so ist sicherzustellen, dass sich überproportional steigende Gesundheitsausgaben nicht negativ auf die Personalzusatzkosten und damit auf Beschäftigung und Wirtschaftswachstum auswirken.



Die Arbeitgeber bleiben – auch bei Festschreibung ihres Beitragsanteils zur gesetzlichen Krankenversicherung – weiter an den Kostensteigerungen bei den Krankenkassen beteiligt, soweit die Gesundheitsausgaben nicht stärker zunehmen als Löhne und Gehälter.

Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags werden die Lohnzusatzkosten weder gesenkt noch stabilisiert, sondern lediglich überproportionale Mehrbelastungen vermieden.

Die Arbeitgeber finanzieren trotz festgeschriebenem Beitragsanteil zur Krankenversicherung dennoch einen höheren Anteil der Krankheitskosten als die Arbeitnehmer. Allein im Jahr 2015 haben die Arbeitgeber zusätzlich zu ihrem Beitragsanteil noch 54,2 Mrd. € (45,0 Mrd. € zzgl. 9,2 Mrd. € Sozialversicherungsbeiträge) für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ausgegeben, was umgerechnet 4,6 Beitragssatzpunkten entsprechen hätte.

Demgegenüber beläuft sich die Mehrbelastung der Versicherten mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,1 % lediglich 13 Mrd. €. Unter dem Strich werden die Arbeitgeber mit dem allgemeinen Beitragssatz von 7,3 % und der Entgeltfortzahlung, die 4,6 Beitragssatzpunkten entsprechen würde, eigentlich 11,9 % zahlen. Die Versicherten hingegen müssen mit dem allgemeinen Beitragssatz von 7,3 %, dem Zusatzbeitrag von durchschnittlich 1,1 % und den Zahlungen, die 0,4 Beitragssatzpunkten entsprechen würden, nur 8,8 % und damit ein Drittel weniger zahlen.

Im Übrigen ist das hohe Ausgabenwachstum der gesetzlichen Krankenkassen maßgeblich von der Politik zu verantworten. Ohne die teuren Leistungsausweitungen der vergangenen Jahre müsste der Zusatzbeitrag für die Versicherten nicht steigen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de