

## **Antrag**

**der Abg. Bärbl Mielich u. a. GRÜNE**

**und**

## **Stellungnahme**

**des Ministeriums für Arbeit und Soziales**

### **Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds – Konsequenzen für die Versorgung im Land**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,

1. ob es zutrifft, dass nach jüngsten Berechnungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) Baden-Württemberg mehr als 250 Mio. € weniger aus dem Gesundheitsfonds erhalten wird als zu Jahresbeginn mitgeteilt;
2. aus welchen Gründen die vom BVA errechneten Ausgleichszahlungen in Höhe von 278 Mio. € zur Kompensation des Abflusses von Mitteln an andere Bundesländer – ohne Berücksichtigung der Abzüge der Konvergenzklausel – falsch berechnet wurden und welche Konsequenzen dies hat;
3. wie sich die Finanzierung des Gesundheitsfonds auf der Einnahmeseite 2009 konjunkturbedingt entwickelt hat, differenziert nach Beiträgen der Versicherten nach Bundesländern, Arbeitgeberbeiträgen und Steuermitteln des Bundes und wie sie sich aus heutiger Sicht 2010 entwickeln wird;
4. wie viele Mittel unterjährig aus dem Gesundheitsfonds bereits an die gesetzlichen Krankenkassen ausgezahlt wurden, differenziert nach Kassen;
5. durch welche Rahmenbedingungen und erbrachten extrabudgetären Leistungen die Kostensteigerung der Krankenkassen seit Einführung des Gesundheitsfonds begründet ist und wie hoch sie im Land differenziert nach Kassen war;
6. welche Konsequenzen die ausbleibenden Mittelzuweisungen für die medizinische Versorgung der Versicherten – etwa beim ambulanten Operieren, bei den Notfalldiensten und anderen Leistungen – vermutlich haben werden;

7. was sie dafür tut, um dafür zu sorgen, dass die Kassen für die Zukunft verlässliche und kostendeckende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und damit Planungssicherheit erhalten, um ihren Versorgungsauftrag sicherstellen zu können;
8. ob sie die von der Bundesregierung beabsichtigte Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale, ergänzt um Zusatzbeiträge der Versicherten, im Kontext einer kostendeckenden Ausstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für all ihre Versicherten für ein geeignetes Instrument hält, um die Gesundheitsversorgung im Land sozialgerecht sicherstellen zu können.

10.12.2009

Mielich, Lehmann, Lösch,  
Dr. Splett, Sitzmann GRÜNE

### Begründung

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 reißen Meldungen über seine Unterfinanzierung und daraus resultierende unberechenbare Folgen für die Kassen, die Ärztinnen und Ärzte und die Versicherten nicht ab. Insbesondere Baden-Württemberg musste durch die Zentralisierung der Krankenkassenbeiträge einen Verlust von vorausgerechneten 378 Mio. € hinnehmen.

Die stark ansteigenden Kosten auf der Ausgabeseite für die Gesundheitsversorgung und die konjunkturbedingten Einbrüche auf der Einnahmeseite des Fonds führen dazu, dass die sehr unterschiedlich angesparten Rücklagen der Kassen nicht ausreichen werden, um die Defizite auszugleichen. Vielmehr kündigen inzwischen alle großen gesetzlichen Krankenkassen – wie auch die privaten – eine Beitragserhöhung für 2010 an.

Fehler in der Struktur des Gesundheitsfonds und Intransparenz bezüglich der Honorarabrechnung der Ärztinnen und Ärzte führen zu Verunsicherung und harter Kritik bei allen Beteiligten. Das Land ist gefordert, dafür zu sorgen, dass die dem Land für 2009 in Aussicht gestellten Mittel tatsächlich zur Verfügung stehen, um die Gesundheitsversorgung lückenlos sicherzustellen.

Zudem müssen die finanzielle Ausstattung des Fonds und die regionalen Zahlungen an das Land transparent gemacht werden. Einschnitte in der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sind nicht hinnehmbar und müssen mit allen Mitteln verhindert werden. Die Konzepte der Bundesregierung sind aus Sicht der Antragsteller in keiner Weise geeignet, eine kostendeckende, solidarisch getragene Versorgung der Bevölkerung in Zukunft zu gewährleisten.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) lehnt den vorläufigen Quartalsbeschluss für das erste Quartal 2009 ab. Die Honorargespräche für 2010 sind vorläufig gescheitert. Die Landesregierung hat dafür Sorge zu tragen, dass das Abrechnungswirrwarr der vergangenen drei Monate nicht zu weiteren Verwerfungen und harten Einschnitten für die Patientinnen und Patienten führt.

## Stellungnahme

Mit Schreiben vom 4. Januar 2010 Nr. 31-0141.5/14/5573 nimmt das Ministerium für Arbeit und Soziales zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,*

- 1. ob es zutrifft, dass nach jüngsten Berechnungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) Baden-Württemberg mehr als 250 Mio. € weniger aus dem Gesundheitsfonds erhalten wird als zu Jahresbeginn mitgeteilt;*
- 2. aus welchen Gründen die vom BVA errechneten Ausgleichszahlungen in Höhe von 278 Mio. € zur Kompensation des Abflusses von Mitteln an andere Bundesländer – ohne Berücksichtigung der Abzüge der Konvergenzklausel – falsch berechnet wurden und welche Konsequenzen dies hat;*

Am 13. November 2009 hat das Bundesversicherungsamt in einer Pressemitteilung erklärt, dass die Belastungen der Krankenkassen in den Ländern durch den Gesundheitsfonds deutlich geringer ausfielen als bisher erwartet. Neue Daten zeigten, dass sich die regionalen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds in Grenzen hielten. Befürchtungen, der Gesundheitsfonds führe zu unverhältnismäßig hohen Belastungen der Krankenkassen in einzelnen Ländern, hätten sich demgegenüber nicht bestätigt. Das Konvergenzvolumen werde sich für das Jahr 2009 von insgesamt 760 Mio. Euro auf rund 130 Mio. Euro reduzieren. Bereits im Jahr 2010 werde die Konvergenzklausel überhaupt nicht mehr zum Tragen kommen. Diesbezügliche Nachfragen des Ministeriums für Arbeit und Soziales beim Bundesversicherungsamt haben ergeben, dass von dort nach den jüngsten Erhebungen für 2009 noch mit folgenden Konvergenzzahlungen gerechnet werde:

Baden-Württemberg:	0,62 Mio. Euro
Hessen:	46,74 Mio. Euro
Schleswig-Holstein:	80,85 Mio. Euro

Wegen der Erhöhung des maßgeblichen Schwellenwertes für das Jahr 2010 um 100 Mio. Euro werde es zukünftig kein Konvergenzverfahren mehr geben.

Um die Aussagen des Bundesversicherungsamtes systematisch nachvollziehen zu können, ist zunächst ein Blick auf die Funktionsweise der Konvergenzklausel zu werfen: Das frühere Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglichte den Krankenkassen regionale Vergütungsspreizungen, weil sie anhand ihrer individuellen Grundlohnsumme und des autonom kalkulierten Beitragssatzes ihre Einnahmesituation weitgehend selbst regulieren konnten. Gleichzeitig ließ ihnen der seinerzeitige Risikostrukturausgleich in gewissen Grenzen die ökonomische Freiheit, selbst festzulegen, was sie unter Versorgungs- und Wettbewerbsaspekten zu welchen Preisen finanzieren wollten. Diese Möglichkeiten werden den Kassen durch den Gesundheitsfonds genommen. Insbesondere in wirtschaftlich starken Ländern mit entsprechenden Kostenstrukturen führt dies zu einem erheblichen Kostendruck und zur Gefahr der Leistungsrationierung. Daher haben diese Länder im Rahmen der Verhandlungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Begrenzung bzw. zeitliche Streckung der Wirkungen des Gesundheitsfonds eingefordert. Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens ergab sich folgendes Verfahren: Ergibt der Vergleich der fortgeschriebenen Einnahmen, die die Krankenkassen in einem Land ohne Einführung des Gesundheitsfonds erzielt hätten, mit den aktuellen Zuweisungen aus dem Fonds, dass eine Belastung vorliegt, wird diese ausgeglichen, soweit sie 100 Mio. Euro überschreitet; der Grenzwert wird jährlich um 100 Mio. Euro angehoben.

Dieser Systematik folgend wird als Begründung für die jüngste Entwicklung in Baden-Württemberg im Wesentlichen angeführt, dass die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen geringer und die Zuweisungen höher ausgefallen seien als noch

bei der ersten Hochrechnung im Herbst 2008 angenommen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den gegenwärtigen Feststellungen lediglich um Zwischenergebnisse handelt, die erst im Herbst 2010, wenn die notwendigen aktuellen Daten des Jahres 2009 vorliegen, endgültig verifiziert werden können.

Systematisch sind die Ausführungen des Bundesversicherungsamtes nicht zu beanstanden, weil sie sich mit dem gesetzlich vorgesehen Verfahren decken. Inhaltlich kann mangels Kenntnis der den Berechnungen zugrunde liegenden konkreten Datenbasis von hier allerdings nicht verlässlich beurteilt werden, wie belastbar die Zahlenangaben des Bundesversicherungsamtes letztlich sind. Deshalb hat die Ministerin für Arbeit und Soziales gegenüber dem Bundesgesundheitsminister, dessen Behörde die Aufsicht über den Gesundheitsfonds obliegt, auch bereits angeregt, die Berechnungen des Bundesversicherungsamtes in einem unabhängigen Gutachten überprüfen zu lassen.

Sollte es bei den sich jetzt abzeichnenden Ergebnissen bleiben, werden für das Jahr 2010 keinerlei konvergenzbedingte Zahlungen mehr erfolgen. Darüber hinaus müssten die für das Jahr 2009 gewährten Konvergenzmittel teilweise zurück erstattet werden. Die drohenden Rückzahlungen von Krankenkassen mit Versicherten in den jeweiligen Ländern ergeben sich aus folgender Übersicht:

Baden-Württemberg:	279,41 Mio. Euro
Bayern:	223,95 Mio. Euro
Hamburg:	14,01 Mio. Euro
Hessen:	53,15 Mio. Euro
Schleswig-Holstein:	60,35 Mio. Euro

Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang es zu den vorstehend geschilderten Konsequenzen kommt, bleibt abzuwarten. Zum einen ist hier die erst im Herbst 2010 bzw. 2011 erfolgende Spitzabrechnung maßgeblich. Zum anderen haben einzelne Kassen bereits angekündigt, die einschlägigen Bescheide des Bundesversicherungsamtes gerichtlich überprüfen zu lassen.

Isoliert betrachtet führen weder die für das Jahr 2009 aus Baden-Württemberg zurück zu zahlenden Mittel noch die im Jahr 2010 ausbleibenden Konvergenzmittel zur Notwendigkeit von „Beitragserhöhungen“ in Form von Zusatzbeiträgen. Insoweit muss strikt zwischen dem Wegfall der Konvergenzzuweisungen für das Jahr 2009 einerseits sowie der strukturellen Unterdeckung des Gesundheitsfonds im Jahr 2010 und daraus resultierenden nicht kostendeckenden Zuweisungen an die Krankenkassen andererseits differenziert werden.

Treffen die Angaben des Bundesversicherungsamtes zu, werden die wegfallenden Konvergenzmittel des Jahres 2009 zumindest teilweise durch gestiegene Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kompensiert. Demgegenüber wird die mangelhafte Finanzausstattung der Krankenkassen im Jahr 2010 vor allem darauf zurückzuführen sein, dass die erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds (vgl. dazu auch Ziffer 3) voraussichtlich nicht ausreichen werden, die steigenden Ausgaben zu decken. Es besteht – anders als im Jahr 2009 – für die GKV insgesamt ein strukturelles Defizit, das es vollkommen unabhängig vom Volumen des Konvergenzverfahrens nahe liegend erscheinen lässt, dass die Krankenkassen insgesamt im Laufe des Jahres 2010 zunehmend Zusatzbeiträge werden erheben müssen. Inwieweit davon auch Krankenkassen betroffen sein werden, die unter der Aufsicht des Ministeriums für Arbeit und Soziales stehen, ist derzeit nicht absehbar. Zu Beginn des Jahres 2010 ist bei keiner dieser Kassen ein Zusatzbeitrag nötig.

*3. wie sich die Finanzierung des Gesundheitsfonds auf der Einnahmeseite 2009 konjunkturbedingt entwickelt hat, differenziert nach Beiträgen der Versicherten nach Bundesländern, Arbeitgeberbeiträgen und Steuermitteln des Bundes und wie sie sich aus heutiger Sicht 2010 entwickeln wird;*

Die Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds kann frühestens im Zuge der Feststellung des endgültigen Rechnungsergebnisses der Krankenkassen für das Jahr 2009 abschließend beurteilt werden. Die entsprechende Statistik KJ1 aller Kassen wird im Sommer 2010 vorliegen; hierauf aufbauend muss der Jahres-

abschluss des Gesundheitsfonds vorgenommen werden. Da es sich um den Abschluss für das erste Geltungsjahr des Fonds handelt, wird daran eine Entwicklung nur schwer abzulesen sein.

Vor diesem Hintergrund werden im Weiteren die Feststellungen des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt in Bezug genommen. Der Schätzerkreis hat die Aufgabe, unter anderem auf Basis amtlicher Statistiken die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über den erforderlichen Beitragsbedarf des jeweiligen Folgejahres zu treffen. Die Bewertungen der Finanzergebnisse und Prognosen sollen in Sitzungen des Schätzerkreises jeweils vierteljährlich nach Vorliegen der Quartalsergebnisse der Krankenkassen (Finanzstatistik KV 45) vorgenommen werden. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des für die gesetzliche Krankenversicherung fachlich federführenden Bundesministeriums für Gesundheit, des für die Durchführung und Steuerung des Gesundheitsfonds zuständigen Bundesversicherungsamtes sowie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an. Weitere Experten können hinzugezogen werden.

Die Feststellungen des Schätzerkreises lassen wegen der Einbeziehung der (vorläufigen) Vierteljahresergebnisse der Kassen zumindest tendenziell eine unterjährige Entwicklung erkennen. Dabei wird – der Systematik des Gesundheitsfonds folgend – ausschließlich eine bundesweite Betrachtung vorgenommen und lediglich zwischen Beitragseinnahmen sowie Steuermitteln unterschieden. Eingedenk dessen sind zur (prognostizierten) Einnahmeentwicklung im Gesundheitsfonds im Jahr 2009 folgende Ergebnisse festzuhalten (Quellen: verschiedene Gemeinsame Erklärungen des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt ab 2. Oktober 2008):

	Einnahmeprososen Schätzerkreis für 2009 in Mrd. Euro					
	Oktober 2008	Dezember 2008	April 2009	Juli 2009 <sup>1</sup>	Oktober 2009	Dezember 2009
<b>Beiträge</b>	163,6	163,2	160,7	157,5	158,1	158,2
<b>Steuermittel</b>	4,0	4,0	4,0	7,2	7,2	7,2
<b>gesamt</b>	<b>167,6</b>	<b>167,2</b>	<b>164,7</b>	<b>164,7</b>	<b>165,3</b>	<b>165,4</b>

<sup>1)</sup> Erhöhung des allgemeinen Bundeszuschusses und Absenkung der Beitragssätze durch das Konjunkturpaket II

Für das Jahr 2010 rechnet der Schätzerkreis ausweislich seiner jüngsten Prognose vom 9. Dezember 2009 mit Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds von 171,1 Mrd. Euro. Hierin sind der allgemeine Bundeszuschuss in Höhe von 11,7 Mrd. Euro und der einmalige Sonderzuschuss des Bundes zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 3,9 Mrd. Euro enthalten. Die voraussichtlichen Beitragseinnahmen belaufen sich damit auf 155,5 Mrd. Euro.

*4. wie viele Mittel unterjährig aus dem Gesundheitsfonds bereits an die gesetzlichen Krankenkassen ausgezahlt wurden, differenziert nach Kassen;*

Die bis zum Ende des 3. Quartals an die Krankenkassen geflossenen Zuweisungen ergeben sich aus der folgenden Übersicht (Quelle: BMG, KV45 für das 1. bis 3. Quartal 2009, Stand: 7. Dezember 2009):

Zuweisungen <sup>1</sup> / Kassenart	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK	LKK <sup>2</sup>
	124.546 <sup>3,4</sup>	48.036	21.354	8.256	4.328	42.570	-

<sup>1)</sup> in Mio. Euro

<sup>2)</sup> Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) nehmen nicht am Gesundheitsfonds teil.

<sup>3)</sup> Von den Krankenkassen ausgewiesene Zuweisungen für den Zeitraum Januar bis September 2009.

<sup>4)</sup> Enthaltene Bundeszuschussraten: 6.954 Mio. Euro

5. durch welche Rahmenbedingungen und erbrachten extrabudgetären Leistungen die Kostensteigerung der Krankenkassen seit Einführung des Gesundheitsfonds begründet ist und wie hoch sie im Land differenziert nach Kassen war;

Eine nach den Kassenarten differenzierte Ausgabenprognose wird vom Schätzerkreis nicht vorgenommen. In der Gesamtbetrachtung geht das Gremium von nachfolgenden Feststellungen aus:

	Ausgabenprognosen Schätzerkreis für 2009 in Mrd. Euro					
	Oktober 2008	Dezember 2008	April 2009	Juli 2009	Oktober 2009	Dezember 2009
<b>Gesamtausgaben</b>	166,8	166,8	166,8	166,4	167,1 <sup>1</sup>	167,4

<sup>1)</sup> Diese Kostensteigerung ist bedingt durch die unvorhergesehenen Ausgaben für die Impfung gegen die Neue Grippe

Soweit man also die Festlegungen des Schätzerkreises in Bezug nimmt, ist es seit Einführung des Gesundheitsfonds zu keinen wesentlichen Kostensteigerungen im Vergleich zu den ersten Prognosen aus dem Oktober 2008 gekommen.

Etwas anders stellt sich die Entwicklung dar, wenn man die Ausgaben im 1. bis 3. Quartal 2009 mit den Ausgaben im 1. bis 3. Quartal 2008 vergleicht. Auch hier wird in der einschlägigen Statistik nicht landesbezogen differenziert; es ist daher allein eine Unterscheidung nach Kassenarten möglich. Der Übersichtlichkeit halber beschränkt sich die nachfolgende Darstellung auf die wesentlichen Kostenblöcke (Quelle: BMG, KV45 für das 1. bis 3. Quartal 2009, Stand: 7. Dezember 2009):

Ausgaben in Mrd. Euro	Kassenart	Kassenart						
		GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	EK
Leistungsausgaben insgesamt	2009	119,3	45,0	20,2	7,6	1,6	4,2	40,7
	2008	112,3	42,5	19,3	7,6	1,6	3,9	35,2
	Veränderung	6,3 %	5,9 %	4,6 %	0,7 %	2,9 %	7,5 %	8,7 %
ärztliche Behandlung <sup>1</sup>	2009	20,8	7,5	3,7	1,3	0,3	0,6	7,4
	2008	19,3	6,8	3,6	1,3	0,3	0,6	6,8
	Veränderung	7,8 %	11,3 %	1,5 %	2,9 %	1,9 %	12,0 %	8,4 %
zahnärztliche Behandlung <sup>2</sup>	2009	8,3	2,6	1,6	0,6	0,1	0,2	3,2
	2008	8,1	2,6	1,6	0,7	0,1	0,2	2,8
	Veränderung	2,3 %	2,2 %	1,1 %	-7,0 %	2,0 %	8,0 %	6,5 %
Arzneimittel	2009	22,7	8,7	3,6	1,4	0,3	0,7	8,0
	2008	21,6	8,4	3,5	1,4	0,3	0,7	7,3
	Veränderung	4,9 %	2,8 %	3,9 %	0,7 %	2,0 %	4,3 %	8,7 %
Krankenhäuser	2009	42,2	17,4	6,6	2,7	0,6	1,6	13,4
	2008	39,8	16,5	6,3	2,6	0,6	1,5	12,3
	Veränderung	6,1 %	5,5 %	4,9 %	0,9 %	4,4 %	4,6 %	8,8 %

<sup>1)</sup> ohne Soziotherapie

<sup>2)</sup> einschließlich Zahnersatz

Insgesamt bleibt aber auch hier festzustellen, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung des Gesundheitsfonds nicht überproportional oder stärker als in den Vorjahren gestiegen sind. Für über die Hälfte der Kostensteigerungen sind die ärztliche Vergütung und die Krankenhausaufgaben verantwortlich.

*6. welche Konsequenzen die ausbleibenden Mittelzuweisungen für die medizinische Versorgung der Versicherten – etwa beim ambulanten Operieren, bei den Notfalldiensten und anderen Leistungen – vermutlich haben werden;*

Derzeit sind keine negativen Konsequenzen für die medizinische Versorgung in den in der Frage genannten Bereichen zu erwarten. Das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung Baden-Württemberg hat am 22. Dezember 2009 unter anderem festgesetzt, dass im Jahr 2010 für die Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit, für das ambulante Operieren, für belegärztliche Leistungen und für den Organisierten Notfalldienst zusätzliche Mittel von bis zu 24 Mio. Euro in Form von leistungsbezogenen Zuschlägen zur Verfügung gestellt werden. Dadurch werden diese wichtigen Versorgungsbereiche wie bisher von den Krankenkassen im Land besonders gefördert. Im Übrigen wird die notwendige medizinische Versorgung dadurch sichergestellt, dass die Einnahmeausfälle der Krankenkassen aufgrund des strukturellen GKV-Defizits und der wegbrechenden Konvergenzmittel nötigenfalls durch Zusatzbeiträge zu kompensieren sind.

Was zusätzliche freiwillige Leistungen angeht, sind Einschränkungen nicht auszuschließen. Allerdings lässt der Koalitionsvertrag auf Bundesebene mit seiner angekündigten Stärkung regionaler Strukturen darauf hoffen, dass zukünftig wieder größere Handlungsspielräume der Krankenkassen zur Verfügung stehen.

*7. was sie dafür tut, um dafür zu sorgen, dass die Kassen für die Zukunft verlässliche und kostendeckende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und damit Planungssicherheit erhalten, um ihren Versorgungsauftrag sicherstellen zu können;*

Die Landesregierung hat stets Vorbehalte gegen den Gesundheitsfonds und den eng mit ihm verknüpften morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geäußert. Allerdings haben sich für die hiesigen Positionen keine politischen Mehrheiten finden lassen, weil mehr Länder von der neuen Finanzierungssystematik profitieren als von ihr belastet werden. Die Konvergenzklausel war das einzige Zugeständnis, das dem Bund und den übrigen Ländern in schwierigen Verhandlungen abgerungen werden konnte.

Die jetzige Entwicklung, nach der die neueren Zahlen von den Prognosen aus dem Herbst 2008 um fast 100 % abweichen, war keinesfalls absehbar. Sie hat nach dessen eigenen Aussagen sogar das Bundesversicherungsamt überrascht. Letztlich wertet die Landesregierung die jüngsten Verwerfungen als einen weiteren Beleg für die Intransparenz und Manipulationsanfälligkeit des neuen Systems. Insoweit sind grundlegende Änderungen dringend geboten, um auch zukünftig eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sicher zu stellen.

Ungeachtet dessen ist zu konstatieren, dass mit dem Gesundheitsfonds nie eine dauerhaft vollständige Deckung der GKV-Ausgaben angestrebt war. Zusatzbeiträge zur Vervollständigung der Kasseneinnahmen sind dem System vielmehr immanent. Sie können daher auch nicht als Anhaltspunkt dafür dienen, dass die medizinische Versorgung grundsätzlich gefährdet ist.

Gleichwohl lässt sich eine hinreichende Planungssicherheit für die Krankenkassen mit dem Gesundheitsfonds in seiner jetzigen Ausgestaltung nicht erreichen. Hierfür sind fehlende regionale Parameter ebenso verantwortlich wie die unzureichenden Regelungen zur Deckelung der Zusatzbeiträge oder weitere Konstruktionsfehler. Deshalb unterstützt die Landesregierung den Bund ausdrücklich bei den im Koalitionsvertrag angekündigten Plänen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und hat dem Bundesgesundheitsminister angeboten, das hier vorhandene Fachwissen auch in die weiteren Prozesse einzubringen.

*8. ob sie die von der Bundesregierung beabsichtigte Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale, ergänzt um Zusatzbeiträge der Versicherten, im Kontext einer kostendeckenden Ausstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für all ihre Versicherten für ein geeignetes Instrument hält, um die Gesundheitsversorgung im Land sozialgerecht sicherstellen zu können.*

Pauschalprämien zur gesetzlichen Krankenversicherung sind insofern sinnvoll, als sie zu einer Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten führen. Auf diese Weise wird wirtschaftliches Wachstum nicht mehr durch die Krankenversicherungsbeiträge gehemmt. Gleichzeitig wird die gesetzliche Krankenversicherung unabhängiger von der konjunkturellen Lage. Der Teufelskreis, dass weniger Wachstum zu steigenden Beiträgen und diese wiederum zu noch weniger Wachstum führen, wird durchbrochen.

Insoweit ist ein festgeschriebener Arbeitgeberanteil an den Beiträgen zunächst einmal notwendige Voraussetzung für die Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten.

Um eine Überforderung einzelner Versicherter auszuschließen, sollen die Versichertenbeiträge sozial ausgeglichen werden.

Wie dieser Solidarausgleich unbürokratisch, transparent und finanzpolitisch darstellbar ausgestaltet werden kann, ist eine der wesentlichen Fragen, mit der sich die Regierungskommission befassen wird.

Dr. Stolz

Ministerin für Arbeit und Soziales