

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Diana Golze, Klaus Ernst, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Mögliche Unsicherheiten beim gesetzlichen Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Mit dem Finanzierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der darin enthaltenen Festlegung, dass künftige Kostensteigerungen in der GKV allein über Zusatzbeiträge von den Versicherten aufgebracht werden müssen, wurde gleichzeitig zur Verhinderung sozialer Härten ein Sozialausgleich eingeführt. Der Sozialausgleich soll verhindern, dass Versicherte mehr als 2 Prozent ihres Bruttolohns für Zusatzbeiträge aufbringen müssen.

Dabei werden nicht die tatsächlich gezahlten Zusatzbeiträge der Versicherten herangezogen, sondern ein so genannter durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zusammen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) aufgrund von Schätzungen des Schätzerkreises festgelegt wird. Im Schätzerkreis sind das BMG, der GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt vertreten. Der Schätzerkreis gibt eine Schätzung darüber ab, wie viel Geld die Krankenkassen im Folgejahr für Gesundheitsausgaben benötigen und daher aus dem Gesundheitsfonds erhalten, und er schätzt ebenfalls die Einnahmen, die in den Gesundheitsfonds fließen werden. Übersteigen die Ausgaben die Einnahmen des Gesundheitsfonds, muss die Differenz durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufgebracht werden. Zur Schätzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags wird diese Differenz durch die Versichertenanzahl geteilt, die nicht von Zusatzbeiträgen gesetzlich freigestellt sind, und dann auf zwölf Monate verteilt.

Damit tatsächlich gewährleistet ist, dass der mit dem Gesetz vorgegebene Schutz vor finanzieller Überforderung gesichert ist, also Zusatzbeiträge nicht mehr als 2 Prozent des Bruttoeinkommens ausmachen, ist eine genaue Berechnung und Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags notwendig. Dazu wiederum ist eine genaue Schätzung der Einnahmen sowie der Ausgaben des Gesundheitsfonds notwendig.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hoch hat der Schätzerkreis in der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages maßgeblichen Schätzung die Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2011 und 2012 geschätzt, wie hoch lagen die tatsächlichen Einnahmen jeweils, und wie drücken sich die Abweichungen prozentual aus?

2. Wie hoch hat der Schätzerkreis in der Schätzung die Ausgaben der GKV und damit die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds für 2011 und 2012 geschätzt, wie hoch lagen die tatsächlichen Ausgaben jeweils, und wie drücken sich die Abweichungen prozentual aus?
3. Wie begründen sich gegebenenfalls die Fehleinschätzungen bei den Einnahmen und Ausgaben jeweils?
4. Sind solche nennenswerten Fehleinschätzungen grundsätzlich zu verhindern oder zu verringern, und sind Über- wie Unterschätzungen möglich?
5. Wie viel Prozent des Gesundheitsfonds können solche Über- und Unterschätzungen jeweils für die Einnahmen und Ausgaben betragen?
6. Können sich Fehleinschätzungen bei den Einnahmen und Ausgaben addieren, indem beispielsweise bei den Einnahmen eine Überschätzung erfolgt, während bei den Ausgaben eine Unterschätzung erfolgt?

Wie viel Prozent des Gesundheitsfonds können solche addierten geschätzten Unter- bzw. Überdeckungen jeweils betragen?

7. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung möglich, dass durch Fehlschätzungen bei den Einnahmen und Ausgaben davon ausgegangen wird, dass ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag nicht notwendig sein wird, obwohl es sich im Nachhinein herausstellt, dass die Einnahmen die Ausgaben nicht decken konnten und eigentlich ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag notwendig gewesen wäre?
8. Wäre es denkbar, dass die Bundesregierung wegen Verschätzungen den durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf null Euro festlegt, und dennoch alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen?  
Wenn dies möglich sein sollte, wie ist dann noch gesichert, dass Versicherte nicht mehr als 2 Prozent ihres Einkommens für Zusatzbeiträge aufbringen müssen?
9. Welche Folgen hat eine zu hohe Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für den Bundeshaushalt (vor allem dann, wenn keine überschüssigen Reserven im Gesundheitsfonds vorhanden sind) für die GKV und die Versicherten jeweils?

10. Welche Folgen hat eine zu niedrige Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für den Bundeshaushalt (vor allem dann, wenn keine überschüssigen Reserven im Gesundheitsfonds vorhanden sind) für die GKV und die Versicherten jeweils?

11. Gibt es Vorgaben, unter welchen Bedingungen die Bundesministerien BMG und BMF von den Schätzungen des Schätzerkreises abweichen dürfen?

Welche Gründe wären denkbar, warum die Bundesministerien von den Ergebnissen des Schätzerkreises abweichen würden?

12. Wäre es denkbar, dass in Zeiten eines vollen Gesundheitsfonds und höherer zu erwartender Einnahmen als Ausgaben aus dem Fonds eine Bundesregierung das Interesse haben könnte, die Ausgaben der Krankenkassen eher zu hoch anzusetzen?
13. Wäre es denkbar, dass in Zeiten eines leeren Gesundheitsfonds, bei Erwartung von höheren Ausgaben als Einnahmen und angesichts von Bestrebungen, einen ausgeglichenen Bundeshaushalt zu erreichen, die Ausgaben der Krankenkassen durch die Bundesministerien eher zu niedrig angesetzt werden könnten und damit ebenfalls der durchschnittliche Zusatzbeitrag?

14. Gab es in der laufenden Legislaturperiode parlamentarische Initiativen, die aufgrund ihrer Wirkungen auf die Ausgaben der GKV und der damit einhergehenden Auswirkungen auf die Aufwendungen aus dem Bundeshaushalt für den Sozialausgleich vom BMF beanstandet wurden oder nach Kenntnis der Bundesregierung im mitberatenden Finanzausschuss abgelehnt wurden?

Wenn ja, um welche Initiativen handelt es sich?

15. Ist es beabsichtigt oder akzeptiert, dass Versicherte, die in einer Krankenkasse eine besondere Versorgung für ihre Erkrankung erhalten (spezielle Disease Management Programme – DMP – oder integrierte Versorgungsprogramme), unter Umständen zu einer Krankenkasse wechseln müssen, die sie schlechter versorgt, um finanzieller Überforderung zu entgehen, obwohl diese Kasse sie eventuell schlechter versorgt?
16. Ist es beabsichtigt, dass jüngere und gesündere Versicherte im Durchschnitt geringere Krankenversicherungsbeiträge (bei Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen und Prämien) in der GKV bezahlen als ältere und kränkere Versicherte, weil sie schneller zu einer günstigeren Krankenkasse wechseln (siehe z. B. Süddeutsche Zeitung vom 31. März 2010 oder [www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.teaching.ws/MiG\\_1/2012.11.21\\_\\_RB\\_\\_GKV2\\_Finanzierung.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.teaching.ws/MiG_1/2012.11.21__RB__GKV2_Finanzierung.pdf), S. 23)?

Was unternimmt die Bundesregierung, um diese Entwicklung zu verhindern?

Berlin, den 28. Mai 2013

**Dr. Gregor Gysi und Fraktion**

