

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(1)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -

GKV-VEG

25.9.2018

AOK
Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 08.10.2018

**Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG)
Bundestags-Drucksache Nr. 19/4454**

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	- 3 -
II. Stellungnahme zu den Regelungen des Gesetzentwurfs	- 7 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 7 -
Nr. 1 § 16 Abs. 3b SGB V Leistungsruhen	- 7 -
Nr. 2 § 171b SGB V Insolvenz von Krankenkassen.....	- 8 -
Nr. 3 § 171e SGB V Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen.....	- 9 -
Nr. 4 § 188 SGB V Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft	- 11 -
Nr. 5 § 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	- 12 -
Nr. 6 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	- 13 -
Nr. 7 § 242 SGB V Zusatzbeitrag	- 14 -
Nr. 8 § 260 SGB V Betriebsmittel	- 15 -
Nr.9 § 261 SGB V Rücklagen.....	- 17 -
Nr. 10 § 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	- 18 -
Nr. 11 § 271 SGB V Gesundheitsfonds	- 19 -
Nr. 12 § 323 neu SGB V Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs.4	- 20 -
Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 26 -
Nr. 1 § 9 SGB V Freiwillige Versicherung	- 26 -
Nr. 2 § 10 SGB V Familienversicherung	- 27 -
Nr. 3 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	- 28 -
Nr. 4 § 248 Satz 2 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	- 29 -
Nr. 5 § 249 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung	- 30 -
Nr. 6 § 249a Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	- 31 -
Nr. 6 § 249a Abs. 1 Satz 2 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	- 32 -
Nr. 7 § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte	- 33 -
Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	- 34 -
§ 106 SGB VI Zuschuss zur Krankenversicherung	- 34 -
Artikel 13 Inkrafttreten	- 35 -

I. Vorbemerkung

Die Absicht des Gesetzes, die Versicherten bzw. Gruppen von Versicherten finanziell zu entlasten und Beitragsschulden abzubauen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings beinhaltet der vorliegende Gesetzentwurf auch einige kritische Punkte.

Im Gesetzentwurf sind folgende Themenbereiche aufgeführt:

- Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
- Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige
- Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden
- Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler sowie die zügige Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auf Basis der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats
- Altersrückstellungen der Krankenkassen.

Die AOK-Gemeinschaft befürwortet einen Teil der vorgelegten Regelungen. Insbesondere die Regelungen zur Ausgestaltung der paritätischen Finanzierung, zur Aktienquote, zur Beitragsbemessung für Selbstständige und Weiterentwicklung des Morbi-RSA auf Basis der Sondergutachten entsprechen grundsätzlich den Forderungen der AOK-Gemeinschaft. Andere Vorhaben, wie die Regelungen zur Abschmelzung der Finanzreserven sowie zur rückwirkenden Abwicklung von obligatorischen Anschlussversicherungen, beurteilt die AOK-Gemeinschaft hingegen kritisch.

1. Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Mitglieder und deren Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger den kassenindividuellen Zusatzbeitrag künftig hälftig finanzieren. Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass bei der Ausgestaltung der paritätischen Finanzierung mittels eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes grundsätzlich an der Finanzierungssystematik der GKV festgehalten wird.

2. Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige ist zu begrüßen. Die Anpassung der gesetzlichen Vorgaben an die reale Einkommenssituation der Selbstständigen führt zu einer notwendigen finanziellen Entlastung und leistet damit einen wichtigen Beitrag zum Abbau und zur Vermeidung von künftigen Beitragsschulden. Um eine größere Einheitlichkeit im Beitragsrecht herzustellen und Verwaltungsaufwände zu verringern, sollte aber eine Absenkung auf den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgenommen werden (Mindestbemessungsgrundlage für die Gruppe der freiwilligen GKV-Mitglieder).

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Vor dem Hintergrund der wachsenden Beitragsrückstände in der GKV sind Maßnahmen, die dieser Entwicklung entgegenwirken sollen, zwingend notwendig.

Es ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf diese Thematik aufgreift. So ist die Beendigung bzw. Nichteröffnung von obligatorischen Anschlussversicherungen (OAV) bei fehlendem Kontakt, Nichtzahlung von Beiträgen und keiner Leistungsanspruchnahme zur Vermeidung von Beitragsrückständen zielführend. Es

spricht auch nichts gegen eine rückwirkende Korrektur für noch nicht abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre.

Allerdings ist auf die geplante Rückwirkung für abgeschlossene Ausgleichsjahre zu verzichten. Die Bereinigung der finanziellen Zuweisungen für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre stellt aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine verfassungsrechtlich unzulässige Rückwirkung von Rechtsfolgen (echte Rückwirkung) dar. Deshalb wird eine Rückabwicklung für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre abgelehnt. Ziel der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung war es, den Versicherungsschutz in Deutschland lückenlos sicherzustellen. Die Krankenkassen haben sich gesetzeskonform verhalten und waren verpflichtet, diese obligatorischen Anschlussversicherungen zu eröffnen. Sie müssen auf geltende Regelungen vertrauen können, denn sonst entsteht Rechtsunsicherheit. Der Gesetzgeber muss hier für Verlässlichkeit sorgen und sollte somit auf die Rückabwicklung für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre verzichten.

Des Weiteren sind mit der Rückabwicklung und der damit verbundenen Bereinigung bereits erfolgter finanzieller Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die jeweilige Krankenkasse auch erhebliche Durchführungsrisiken verbunden.

Sollte an der rückwirkenden Bereinigung ab dem 01.08.2013 festgehalten werden, muss eine gleiche Ausgangslage für alle Krankenkassen sichergestellt werden. Einige Krankenkassen haben entgegen der sich aus den gesetzlichen Regelungen ergebenden Vorrangigkeit der OAV sowie den eindeutigen Auslegungshinweisen des GKV-Spitzenverbandes statt einer OAV eine Antragsversicherung nach § 9 SGB V eröffnet. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Bestandsbereinigung im GKV-Versichertenentlastungsgesetz begrenzt sich ausschließlich auf die nach den OAV-Regelungen zustande gekommenen Versicherungsverhältnisse. Eine mögliche Bestandsbereinigung muss daher zwingend auch die Antragsversicherungen nach § 9 SGB V umfassen, dies muss in §323 aufgenommen werden. Nur so kann eine Gleichbehandlung aller Krankenkassen ohne Wettbewerbsverzerrung erreicht werden.

Setzt man die Rückabwicklung wie geplant um, könnte dies das Ziel der Reduzierung von Beitragsschulden konterkarieren. Im Zusammenhang mit obligatorischen Anschlussversicherungen entsteht nicht nur für das Mitglied selbst ein Versicherungsverhältnis, es können gleichermaßen auch beitragsfreie Familienversicherungen entstehen. Die geplanten Maßnahmen zur Rückabwicklung hätten ggf. zur Folge, dass Familienangehörige rückwirkend in eine eigene OAV-Mitgliedschaft überführt werden müssten. Damit würden zwangsläufig auch rückwirkend Beitragsforderungen entstehen.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Um die geplante finanzielle Entlastung der Beitragszahler zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf mehrere Reformmaßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Auch wenn die Zielsetzung einer Entlastung der Beitragszahler begrüßenswert ist, so sind die hierfür vorgesehenen Maßnahmen zu hinterfragen.

So ist es zunächst zu begrüßen, dass überschüssige Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die eine Höchstgrenze von 50 Prozent einer Monatsausgabe überschreiten, an die Beitragszahler zurückgegeben werden sollen.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsni-

veau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristigen finanzstrategischen und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Bevor Reserven abgeschmolzen werden, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die beabsichtigte Neuregelung den Fokus einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen und nicht auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen legt. Zwar ist positiv hervorzuheben, dass der Mechanismus zum Abschmelzen der Reserven nun erst ab dem 01.01.2020 greifen soll, dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Ablehnung des AOK-Systems an der vorgeschlagenen Regelung.

5. Zeitliche Fixierung der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Das AOK-System spricht sich grundsätzlich für eine zeitnahe Weiterentwicklung des Morbi-RSA aus und begrüßt ausdrücklich, dass er auf Basis der beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats optimiert werden soll. Auch die zeitliche Fixierung auf den 31.12.2019 ist positiv zu bewerten. Die Verknüpfung der Reservenabschmelzung an eine Reform des Morbi-RSA ist hingegen kritisch zu sehen. Hier werden zwei unterschiedliche Zielstellungen miteinander verknüpft: Der Morbi-RSA hat zum Ziel, Risikoselektion zu verhindern und Wirtschaftlichkeitsanreize zu setzen. Das Abschmelzen von Reserven hat zum Ziel, Beitragszahler zu entlasten. Eine Verknüpfung dieser beiden Regelungsinhalte ist daher nicht notwendig und abzulehnen.

Das AOK-System spricht sich statt einer Verknüpfung regelungsfremder Sachverhalte für eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Morbi-RSA aus. Eine wissenschaftlich fundierte Überarbeitung des Morbi-RSA kann dabei stets nur zum Ziel haben, Risikoselektion zu verhindern und die Zuweisungen auf Ebene der Versicherungstruppen zielgenauer zu gestalten – das sichert fairen Wettbewerb. Der Wissenschaftliche Beirat hat hierfür geeignete Lösungsvorschläge vorgelegt. Beide Sondergutachten des Beirats bilden die Grundlage für die anstehende Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten insbesondere folgende Vorschläge umgesetzt werden:

- die Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA
- die Berücksichtigung des Alters der Versicherten bei den Morbiditätszuschlägen (Altersinteraktionsterme)
- die Nutzung des Erwerbsminderungsstatus als Merkmal zur Schweregradifferenzierung
- die Vorschläge des Beirats zur Stärkung der Manipulationsresistenz, wie z.B. Vertragsregister und Kodierrichtlinien. Ergänzt werden sollten diese aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch um ein stärkeres Prüfrecht des BVAs.

Durch die Umsetzung dieser Vorschläge wird die bestehende Überdeckung bei gesunden Versicherten abgebaut und Risikoselektion zu Lasten kranker Menschen reduziert. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich für diese Vorschläge aus, auch wenn sie hierdurch finanziell belastet wird.

Der Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede ist dagegen kein Selbstzweck. Vielmehr muss die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Ebene der Versicherten und Versicherungengruppen erhöht werden. Deshalb ist die versichertenindividuelle Einbeziehung der bislang nicht berücksichtigten Morbiditätsfaktoren zu prüfen.

Ob und inwieweit regionale Deckungsunterschiede überhaupt Risikoselektionsanreize darstellen, wird von den Gutachtern hingegen nicht untersucht. Sie erbringen keinen Nachweis, dass regionale Risikoselektion als praxisrelevantes Phänomen besteht. Ihre Annahme, dass ein Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede erforderlich ist, ist damit nicht belegt. Regionalstatistische Merkmale sind daher keine sachgerechte Ergänzung des Morbi-RSA. Sie zementieren bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung und setzen damit Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit. Aus gleichem Grund sind auch IST-Ausgaben-Ausgleiche und Deckungsbeitragscluster-Ausgleiche von der Morbi-RSA-Weiterentwicklung auszuschließen.

6. Altersrückstellungen der Krankenkassen

Die beabsichtigte Neuregelung für Altersrückstellungen statt einer 10- eine 20-prozentige Aktienquote vorzusehen, wird aus AOK-Sicht ausdrücklich begrüßt. Die AOK-Gemeinschaft hat sich bereits seit Langem dafür ausgesprochen, die Aktienquote zu erhöhen und eine Angleichung an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes herzustellen. Eine Ausweitung der Anlageformen wird als notwendig erachtet, weil in dem möglichen Anlagespektrum zum einen im Umfeld der Niedrigzinsphase Negativzinsen gezahlt werden müssen und zum anderen sich durch die EZB-Aufkaufprogramme die Anlagemöglichkeiten verknappen.

II. Stellungnahme zu den Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 16 Abs. 3b SGB V Leistungsruhen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen Mitglieder mit Beitragsrückständen darauf hinweisen, dass im Falle der Hilfsbedürftigkeit die Beiträge durch die Sozialhilfeträger oder Jobcenter übernommen werden können.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht. Sie entspricht schon jetzt der gängigen Praxis der AOKs.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 171b SGB V Insolvenz von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis in Absatz 6 Satz 2 wird geändert.

B Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 8.

C Änderungsvorschlag

Keiner

(Der Verweis in der Gesetzesbegründung sollte angepasst werden [„Nummer 8“ statt „Nummer 14“].)

Nr. 3 § 171e SGB V Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen wird von 10 auf 20 Prozent erhöht. Hierdurch wird ein Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erzielt.

B Stellungnahme

Mit der Änderung wird die Mindestforderung der AOKs erreicht, dass die Krankenkassen bei den Altersrückstellungen in Anlehnung an den Versorgungsfonds des Bundes eine gleich hohe Aktienquote nutzen können, wie es in dem Versorgungsrücklagegesetz zwischenzeitlich festgelegt ist.

Durch die Beimischung der Aktienanlage können insbesondere vor dem Hintergrund einer langfristigen Anlage höhere Erträge erzielt und das Anlageportfolio weiter diversifiziert werden. Gleichzeitig verbindet der Gesetzgeber die Begrenzung von Verlustrisiken damit, dass die Aktienanlage im Rahmen eines passiven, indexorientierten Anlagemanagements erfolgen soll.

Die Argumente „mittelfristig höhere Renditen“ und „begrenzttes Risiko bei Aktienanlagen“ vor dem Hintergrund des „mittel- und langfristigen Anlagehorizontes“ gelten ebenfalls im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Allerdings kann aus Risikogesichtspunkten, die Aktienanlagen nur im Rahmen eines „passiven, indexorientierten Anlagemanagements“ zuzulassen, der Aussage nicht uneingeschränkt zugestimmt werden, was sich auch durch die Entwicklung sogenannter „ETFs“ in den letzten Jahren belegen lässt. Vielmehr können durch ein professionelles aktives Portfoliomanagement Zusatzerträge generiert bzw. in Zeiten sinkender Kurse Verluste begrenzt werden. Dies ist bei der aktiven Aktienanlage dadurch möglich, dass der Fondsmanager Branchen bzw. Einzelwerte entsprechend über- bzw. untergewichten kann. Weiterhin können bestimmte Aktien ausgegrenzt werden, um z. B. Nachhaltigkeitskriterien zu erfüllen. Aus diesem Grund heraus sollte eine Festlegung nur auf „passive, indexorientierte“ Aktienanlagen unterbleiben und in der Beschreibung die Bezeichnungen Anlage in „Aktien oder Aktienfonds“ verwendet werden.

Darüber hinaus sollten im Anlagekatalog folgende Themen aufgenommen werden:

Neben EUR-denominierten Anlagen sollten auch Anlagen in anderen Währungen ermöglicht werden, wenn diese entsprechend mit Währungsabsicherungen versehen sind.

Darüber hinaus empfehlen sich Veränderungen/Anpassungen im § 83 SGB IV. Die Anlagen nach dem SGB IV sollten auch regional erweitert werden. So bietet sich eine regionale Öffnung über den EU-/EWR-Raum hinaus an und es sollten Anlagen im OECD-Raum möglich sein. Im OECD-Raum befinden sich einige Länder, die eine weit aus bessere Bonität oder Rating gegenüber einzelnen EU-/EWR-Ländern ausweisen.

Weiterhin würde sich u. a. eine Ausweitung der Anlageformen auf z. B. europäische/deutsche Infrastrukturprojekte anbieten.

C Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sollte der Regelungsentwurf zu § 171e SGB V daher wie folgt gefasst werden:

„(2a) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage in Aktien oder Aktienfonds bis zu einer Höhe von 20 Prozent zulässig ist. Ein höherer Anlageanteil in Aktien oder Aktienfonds ist zulässig, wenn dies in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung vereinbart ist. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“

Der Paragraph § 83 SGB IV - Anlegung der Rücklage – sollte wie folgt ergänzt werden:

„(4) Den Staaten der Europäischen Gemeinschaften in den Absätzen 1 und 2 stehen die Staaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die Schweiz und den Mitgliedsstaaten der OECD gleich.“

Nr. 4 § 188 SGB V Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

Mit dieser Neuregelung ist vorgesehen, dass obligatorische Anschlussversicherungsverhältnisse für die Versicherten nicht eröffnet werden dürfen, für die die Krankenkasse keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland ermitteln kann. Ergänzend werden noch redaktionelle Änderungen in den Unterbuchstaben AA) bis CC) vorgenommen.

Buchstabe b):

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, einheitliche Vorgaben zu den Ermittlungspflichten in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erstellen, so dass eine weitestgehend gleichgelagerte Vorgehensweise der Krankenkasse erreicht wird.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt. Sie stellt sicher, dass freiwillige Mitgliedschaften nicht eröffnet werden, solange weder Wohnsitz noch gewöhnlicher Aufenthalt ermittelt werden können. Die genaueren Anforderungen an den Begriff „Ermittlungsmöglichkeiten“ zum Wohnsitz durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem BMG festlegen zu lassen, entspricht der AOK-Forderung anlässlich des Anhörungsverfahrens und wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Die freiwillige Mitgliedschaft bekommt einen neuen Beendigungsgrund bei Kontaktabbruch zum Mitglied über einen Zeitraum von sechs Monaten. Werden innerhalb dieses Zeitraums keine Leistungen vom Mitglied oder den mitversicherten Angehörigen in Anspruch genommen, keine Beitragszahlungen geleistet und kann die Krankenkasse keinen Aufenthalt im Inland ermitteln, endet die freiwillige Mitgliedschaft mit Beginn des Sechs-Monats-Zeitraums.

B Stellungnahme

Die Beendigung solcher Mitgliedschaften entspricht der langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft und wird ausdrücklich begrüßt. Die Regelung bleibt hinsichtlich der Feststellung der Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten unkonkret. Das ermöglicht Krankenkassen, die Beendigung über den Zeitpunkt der Abgabe der RSA-Korrekturmeldung der Versicherungszeiten und die Korrektur des Jahresausgleiches nach § 41 Abs. 5 RSAV hinaus die Aufenthaltsermittlung zu verschleppen und damit unrechtmäßig Zuweisungen für RSA-Versichertentage zu generieren.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c) wird ein Satz 2 ergänzt:

Die Ermittlungsmöglichkeiten gelten spätestens mit dem Vortag zur Abgabe der Datenmeldung nach § 30 Abs. 4 Satz 2 RSAV, die im zweiten auf das Berichtsjahr folgende Jahr zu melden ist, als ausgeschöpft.

Nr. 6 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Erweiterung des Absatzes 1 wird der bisherige Zeitrahmen zur Korrektur der Höchstbeiträge, die aufgrund mangelnder Mitwirkung erhoben wurden bzw. werden, von drei auf zwölf Monate ausgeweitet. Dadurch kann bei nachgeholter Mitwirkung die Beitragsbelastung an der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden.

Auch neu geregelt wird im neuen Satz 5, dass die Krankenkassen dann die Höchsteinstufung zu korrigieren haben, wenn ausreichende Anhaltspunkte vorliegen, dass die tatsächlichen Einnahmen unterhalb der Mindestbemessungsgrenze für sonstige freiwillige Mitglieder bzw. unterhalb der Mindestbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige liegen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung in Satz 4 ist nachvollziehbar. Sie bietet Personen, deren Mitwirkung erheblich verspätet erfolgt, einen sehr versichertenfreundlichen Zeitraum zur Korrektur der Beitragsfestsetzung. Die Ausweitung des Korrekturzeitraums verringert auch die Anzahl von Widerspruchsverfahren und sorgt für eine Arbeitsentlastung bei den Krankenkassen. Darüber hinaus entlastet diese Regelung die Rückstandsstatistik von fiktiven und unerfüllbaren Beitragsforderungen.

Begrüßt wird die beabsichtigte Regelung im neuen Satz 5, die insbesondere auf Personen im Sozialhilfebezug, wohnsitzlose Personen oder erkennbar wirtschaftlich nicht leistungsfähige Personen abzielt, bei denen sich das Sanktionsinstrument Beitragseinstufung in Form der Höchststufe als aussichtslos darstellt. Problematisch gesehen wird die Bewertung der einzelnen Indizien in diesem Zusammenhang. Die Vielschichtigkeit der Lebenssituationen wird dazu führen, dass die Krankenkassen nur schwer vergleichbare Entscheidungen treffen können. Die in der Gesetzesbegründung benannte Forderung nach Abstimmung einheitlicher Vorgaben durch die Krankenkassen ist insofern zu unverbindlich. Die Vermeidung sachlich nicht gerechtfertigter Ungleichbehandlungen sowie die Notwendigkeit einer hinreichenden normativen Bestimmtheit erfordert eine klare Vorgabe. Nach der Gesetzesbegründung soll die rückwirkende Korrektur der Höchsteinstufung zeitlich unbegrenzt für alle vergangenen Zeiträume gelten. Dies wird abgelehnt oder muss zumindest auf den Verjährungszeitraum von vier Jahren begrenzt werden.

C Änderungsvorschlag

Dem § 240 Abs. 1 wird ein weiterer Satz angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zu den Anhaltspunkten für eine Korrektur der Bemessungsgrundlage.“

In der Gesetzesbegründung wird im letzten Absatz, erster Satz, der Punkt gestrichen und durch ein Komma ersetzt, gefolgt von den Worten „sofern sie den Verjährungszeitraum nach § 25 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches nicht überschreiten.“

Nr. 7 § 242 SGB V Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, die Zusatzbeiträge solange nicht anzuheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

B Stellungnahme

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit den in Nr. 10 und 11 beabsichtigten Änderungen in den §§ 260 und 261 und der Neudefinition einer zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven (Betriebsmittel und Rücklagen) der Krankenkassen in Höhe des 1,0-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Sowohl die Obergrenze als auch die Regelungen zum Abbau der Finanzreserven lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Somit ist auch die Folgeregelung, wonach Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze nicht erhöhen dürfen, solange die Finanzreserven die neue Obergrenze überschreiten, abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigten Neuregelungen zu § 242 Abs. 2 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) sind zu streichen.

Nr. 8 § 260 SGB V Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll eine starre Obergrenze für Betriebsmittel einschließlich Rücklage der Krankenkassen eingeführt werden. Danach dürften die Betriebsmittel einschließlich Rücklage nicht mehr als eine Monatsausgabe betragen. Zugleich sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, Mittel, die diese Obergrenze übersteigen, in drei gleichen Teilen durch Senkungen des Zusatzbeitragssatzes abzubauen. In Ausnahmefällen soll eine Verlängerung um zwei Jahre ermöglicht werden. Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern sollen von dieser Vorgabe ausgenommen werden. Erfolgt der Mittelabbau nicht im Rahmen der vorgesehenen Fristen, sind die verbleibenden Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Nach erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds sollen die Krankenkassen bei wiederholtem Übersteigen der Finanzreserven über das 1,0-fache der nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe erneut drei Jahre Zeit haben, die Mittel abzubauen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung sieht zur Entlastung der Beitragszahler mehrere Maßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven der Krankenkassen vor.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristigen finanzstrategischen und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Bevor Reserven abgeschmolzen werden, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die beabsichtigte Neuregelung den Fokus einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen und nicht auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen legt.

Durch die geplanten Eingriffe würde der für die Versicherten entscheidende Wettbewerb der Krankenkassen um eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung in der Folge wesentlich geschwächt. Des Weiteren werden die Kompetenzen der Selbstverwaltungen der Krankenkassen verletzt, deren zentrale Aufgabe es ist, eine mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidung zu treffen. Dieser Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist abzulehnen.

Stichtagsregelungen sowie die Vorgabe von starren Mechanismen (Abbau über drei Jahre in drei gleichen Schritten) bergen insbesondere am Ende der Abschmelzung die Gefahr der Notwendigkeit von erheblichen Beitragssatzsprüngen. Darüber hinaus bedarf es Kalkulationssicherheit auf der Einnahmenseite sowie flexibler Anpassungsmöglichkeiten, wenn bspw. zwischenzeitlich ausgabenintensive Gesetzesvorhaben finanzwirksam werden.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es insbesondere erforderlich, die Haushaltsplanungsautonomie der Krankenkassen zu erhalten.

Aus diesen genannten Gründen lehnt die AOK-Gemeinschaft die geplanten Änderungen in Bezug auf die neu definierte Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen sowie die Vorgaben zum Abbau der Finanzreserven ab. Generell wird außerdem eine Rückführung von Finanzmitteln von Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abgelehnt.

Für alle Krankenkassen im Wettbewerb müssen die gleichen Vorgaben gelten. Daher lehnt die AOK-Gemeinschaft die Ausnahmeregelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern ebenfalls ausdrücklich ab.

C Änderungsvorschlag

§ 260 Absatz 2, 2a, 4 und 5 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) werden gestrichen.

Nr.9 § 261 SGB V Rücklagen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neureglung wird die gesonderte Obergrenze für Rücklagen gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum § 260 Abs. 2 SGB V. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Neuregelungen zu § 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) ab. Somit wird auch die Folgeregelung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigen Neuregelungen zu § 261 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.d.F. GKV-VEG (GE) sind zu streichen.

Nr. 10 § 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 260 SGB V, wobei der Abbau von Finanzreserven erst erfolgen soll, wenn die finanziellen Auswirkungen einer Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bekannt sind. Zugleich wird der zeitliche Rahmen der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit dem 31.12.2019 festgesetzt.

B Stellungnahme

Der mit dem Gesetzesentwurf vorgesehene Abbau von Finanzreserven wird abgelehnt (vgl. hierzu auch Stellungnahme zu Nr. 8, § 260 SGB V). Weiter wird eine gesonderte Koppelung an die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelehnt. Zwar ist es zutreffend, dass dies ggf. relevante finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen haben wird, allerdings bestehen auch in anderen Bereichen (z.B. Ausgabenentwicklung, Gesetzesvorhaben etc.) erhebliche finanzielle Risiken, die gleichfalls berücksichtigt werden müssen. Eine isolierte Verkürzung auf die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist nicht sachgerecht.

Losgelöst von dem mit der Neuregelung zu § 260 SGB V angestrebten Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen ist die zeitliche Fixierung der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sachgerecht und entspricht der gesetzgeberischen Tradition zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Der Wissenschaftliche Beirat hat im Rahmen seiner Gutachten Weiterentwicklungsbedarfe identifiziert, mit denen die Zielgenauigkeit auf Ebene der Versicherten und Versichertengruppen weiter erhöht werden kann. Richtigerweise wird daher in der Begründung darauf verwiesen, dass beide Gutachten des Wissenschaftlichen Beirat die Grundlage für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA bilden müssen. Eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf Basis der Gutachten bis zum 31.12.2019 ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Der letzte Satz der Begründung ist zu streichen („Da die zukünftige Ausgestaltung des RSA die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflusst, soll diese Reform vor dem Einsetzen des Abbaus der Finanzreserven nach § 260 erfolgen“.)

Nr. 11 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird eine Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eingeführt. Die Liquiditätsreserve darf zukünftig 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nicht überschreiten.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dient dazu, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds auszugleichen. Durch die Einführung einer Obergrenze wird richtigerweise verhindert, dass in der Liquiditätsreserve Mittel angehäuft werden, die für die Erfüllung der Funktion der Liquiditätsreserve nicht benötigt werden. Es ist folgerichtig, dass die Mittel, die die Obergrenze überschreiten, den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 12 § 323 neu SGB V Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs.4

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll erreicht werden, dass die Krankenkassen ihre Mitgliedschaften bis zum 15.06.2018 dahingehend überprüfen, ob für ein Mitglied nach § 188 Abs. 4 SGB V (Obligatorische Anschlussversicherung) weder ein Wohnsitz im Geltungsbereich des SGB V noch Leistungsausgaben noch Beitragszahlungen nachgewiesen werden können. Diese Mitgliedschaften sollen rückwirkend zum Tag ihrer Begründung geschlossen werden (Bestandsbereinigung). Daran anschließend sollen die Krankenkassen die geschlossenen Mitgliedschaftszeiten im Rahmen des RSA-Verfahrens an das Bundesversicherungsamt übermitteln, welches eine Korrektur der Gesundheitsfondszuweisungen auf der Grundlage der rückwirkend geschlossenen Mitgliedschaften vornehmen soll. Die Vollständigkeit der Bestandsbereinigung und deren Meldung an das Bundesversicherungsamt sollen im Rahmen der Aufsichtsprüfung nach § 42 RSAV sanktionsbewehrt überprüft werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um inhaltliche Folgeänderungen zu den §§ 188, 191 und 240 SGB V i. d. F. GKV-VEG (GE).

Die geplante Bestandsbereinigung für abgeschlossene Ausgleichsjahre stellt eine rechtlich unzulässige echte Rückwirkung da

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt ausdrücklich, dass zukünftig obligatorische Anschlussversicherungen bei fehlendem Kontakt, Nichtzahlung von Beiträgen und keiner Leistungsanspruchnahme beendet bzw. nicht eröffnet werden können. Dies entspricht unserer langjährigen Forderung. Es spricht auch nichts gegen eine rückwirkende Korrektur für noch nicht abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre.

Allerdings muss auf die geplante Rückwirkung vor diesem Zeitraum verzichtet werden. Die Bereinigung der finanziellen Zuweisungen für bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre stellt aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine verfassungsrechtlich unzulässige echte Rückwirkung dar. Deshalb wird eine Rückabwicklung für abgeschlossene Ausgleichsjahre abgelehnt. Ziel der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung war es, den Versicherungsschutz in Deutschland lückenlos sicherzustellen. Die Krankenkassen haben sich gesetzeskonform verhalten und waren verpflichtet, diese obligatorischen Anschlussversicherungen zu eröffnen. Sie müssen auf geltende Regelungen vertrauen können, denn sonst entsteht Rechtsunsicherheit. Der Gesetzgeber muss hier für Verlässlichkeit sorgen und sollte somit auf die Rückabwicklung für abgeschlossene Ausgleichsjahre verzichten.

Sollte an einer rückwirkenden Bestandsbereinigung festgehalten werden, muss diese auch die Antragsversicherungen nach § 9 SGB V umfassen

Der Gesetzgeber sollte für eine gleiche Ausgangslage innerhalb der GKV sorgen. Mittlerweile wurde bekannt, dass Krankenkassen entgegen den gesetzlichen Vorgaben sowie den Handlungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes Mitgliedschaftsverhältnisse nicht vorrangig als OAV-Mitgliedschaft, sondern als nach § 9 SGB V zustande

gekommene Mitgliedschaften bewertet haben und noch immer so bewerten. Des Weiteren liegen in diesen Fällen keine Mitgliedschaftserklärung und damit kein ausreichender Kontakt zum Mitglied vor. Tatsächlich waren teilweise softwaretechnische Zwänge Ursache für eine Speicherung als Antragsversicherung nach § 9 Abs. 1 SGB V, obwohl es sich um OAV-Versicherungsverhältnisse handeln müsste. Diese Kassen profitieren von der hier vorgesehenen Eingrenzung der Bestandsbereinigung auf die OAV-Mitgliedschaften in unzulässiger Weise. Damit bleibt die falsche Rechtsauslegung dieser Kassen nicht nur aufsichtsrechtlich ohne Sanktionierung, sondern wird darüber hinaus auch noch finanziell belohnt.

Die rückwirkende Bestandsbereinigung für Saisonarbeiter ist zu begrüßen, es bedarf jedoch einer gesetzlichen Konkretisierung

Mit der geplanten Bestandsbereinigung soll ein Beitrag zum Abbau der entstandenen Beitragsschulden geleistet werden. Dieses Vorgehen ist bei saisonal beschäftigten EU-Bürgern („Saisonarbeiter“) ausdrücklich zu begrüßen. Diese Personen haben in ihren Herkunftsländern eigene Absicherungen im Krankheitsfall, weshalb hier kein schutzwürdiges Interesse an einem deutschen Krankenversicherungsschutz bestehen kann. Würden hier Versicherungsverhältnisse nicht gesetzeskonform geführt, so sind diese zu bereinigen. Schon seit Jahren stellt die AOK über interne Regelungen sicher, dass für Saisonarbeiter keine OAVs eröffnet werden.

Anders sieht die rechtliche Lage jedoch für alle anderen Personen aus, die nicht erkennbar in gewissen Zeitabständen aus dem europäischen Ausland einpendeln, um saisonale Beschäftigungen auszuüben („Nichtseasonarbeiter“). Bei diesen Personen muss die Annahme bestehen, dass sie sich dauerhaft in Deutschland aufhalten und ein schutzwürdiges Interesse an einem durchgehenden Krankenversicherungsschutz aufweisen. Eine Vielzahl der hiervon betroffenen Fälle ist geprägt durch regelmäßige Versicherungszeiten aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II oder dem Wechsel zwischen Beschäftigungen bei unterschiedlichen Arbeitgebern oder dem Wechsel zwischen Beschäftigungen und dem Bezug von Arbeitslosengeld. Hier ist regelmäßig davon auszugehen, dass ein Wohnsitz in Deutschland besteht und der Aufenthalt dieser Versicherten gerade nicht dauerhaft im Ausland erfolgt. Auch wenn in diesen kurzen Versicherungsperioden im Einzelfall kein direkter Kontakt zwischen dem Mitglied und der Krankenkasse bestanden hat, ist ein fehlender Wohnsitz in Deutschland gerade nicht anzunehmen.

Um Probleme bei der Umsetzung der rechtlichen Vorgaben zu vermeiden, sollte die Gesetzesbegründung entsprechend konkretisiert werden, um die beschriebene Sonderregelung für Versicherte, die in gewissen Zeitabständen aus dem europäischen Ausland einpendeln („Saisonarbeiter“), deutlicher herauszustellen.

Die geplante Bestandsbereinigung führt zu rückwirkenden Beitragserhebungen bei den Familienangehörigen von OAV-Versicherten

Problematisch ist das geplante Vorgehen hinsichtlich der Auswirkungen auf bisher beitragsfrei Familienversicherte. Im Zusammenhang mit obligatorischen Anschlussversicherungen entsteht nicht nur für das Mitglied selbst ein Versicherungsverhältnis, es können gleichermaßen auch beitragsfreie Familienversicherungen entstehen. Die geplanten Maßnahmen zur Rückabwicklung hätten ggf. zur Folge, dass Familienangehörige rückwirkend in eine eigene OAV-Mitgliedschaft überführt werden müssten. Erfolgt auf Basis der Bestandsbereinigung auch eine Rückabwicklung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, würden wiederum zwangsläufig auch rückwirkend Beitragsforderungen für das ehemals beitragsfrei versicherte Mitglied entstehen. Dies können die

betroffenen Familienmitglieder nicht schultern. Solche Krankenversicherungsbeiträge können auch nicht Bestandteil von Unterhaltsansprüchen gewesen sein, da zum Zeitpunkt der Unterhaltsvereinbarungen noch von einer beitragsfreien Familienversicherung ausgegangen wurde, so dass den Familienangehörigen keine entsprechenden Finanzmittel zur Verfügung stehen.

Durch die geplante Rückabwicklung entstehen erheblich Durchführungsrisiken

Neben der Frage, ob die geplante Rückabwicklung der Zuweisungen auf Basis der Bereinigung eine verfassungswidrige echte Rückwirkung darstellt, kommen auf Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die Prüfdienste nach § 274 SGB erhebliche Durchführungsrisiken zu.

Durchführungsrisiken für die Datenmeldung an das BVA

So sollen die Krankenkassen die Mitgliedschaften überprüfen und – soweit die Bedingungen im Sinne des § 323 Abs. 2 SGB V i.d.F. des GKV-VEG (GE) erfüllt sind – rückwirkend beenden. Es soll dann gemeldet werden, welche Versicherungszeiten nicht mehr existieren. Die bisherige Meldesystematik sieht dies bisher nicht vor. Vielmehr gilt bisher die Regel, dass ungültige oder stornierte Versicherungszeiten nicht zu melden sind. Die Abkehr von dieser Regel ist nicht trivial, zumal in den Bestandssystemen der Krankenkassen neue Kennzeichen geschaffen werden müssten, um überhaupt die bereinigten Versicherungszeiten im Sinne des § 323 SGB V i.d.F. des GKV-VEG von den regulär stornierten oder beendeten Versicherungszeiten für die Meldung an das BVA unterscheiden zu können. Auch die Prüfungen nach § 42 RSAV durch die Aufsichtsämter sind darauf ausgelegt, dass es sich bei den gemeldeten Versicherungszeiten um real existierende Versicherungszeiten handelt. Auch hier soll also die bestehende Regel in ihr Gegenteil verkehrt werden. Es bleibt völlig unklar, auf welcher Grundlage eine Stichprobe und Hochrechnung erfolgen kann, da nur die in der Korrektursatzart gemeldeten Sachverhalte bekannt sind, nicht aber die tatsächliche Anzahl der prüf- und bewertungsrelevanten Mitgliedschaftsverhältnisse. Im Ergebnis ist somit nicht feststellbar, ob die erforderlichen rückwirkenden Bereinigungen tatsächlich vollständig durchgeführt wurden. Schließlich dürfen auch die Prüfdienste nicht übersehen werden. Sie sollen die stornierten Versicherungszeiten überprüfen. Das ist aufgrund des Aufwandes und der eingeschränkten technischen Möglichkeiten praktisch nicht leistbar.

Durchführungsrisiken hinsichtlich des Datenschutzes

Das Bundesversicherungsamt muss einen Abgleich zwischen den zuletzt für die Korrektur des Jahresausgleichs (§ 41 Abs. 5 RSAV) zuweisungsrelevant berücksichtigten Versicherten und denen in der Bereinigungsmeldung nach § 323 Abs. 3 vornehmen. Die Herstellung des Versichertenbezugs und die Verwendung des Versichertenpseudonyms auch bereits zurückliegender Schlüsseljahre ist in Bezug auf datenschutzrechtliche Zulässigkeit zu prüfen. Dieses Durchführungsrisiko besteht nur für bereits abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre und kann durch eine Begrenzung der Bereinigung auf noch nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre auf einfache Weise vermieden werden.

Durchführungsrisiken hinsichtlich der Zuweisungsbescheide

Zwar stellt die Begründung richtigerweise heraus, dass für die Korrektur der Zuweisungen nach Absatz 4 nur solche Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, für die die

Krankenkassen auch Zuweisungen erhalten haben. Eine entsprechende rechtliche Regelung dieser Vorgabe ist jedoch erforderlich, da diese Grundlage der Bescheidung durch das BVA ist und kann durch eine Ergänzung des Absatzes 3 erreicht werden. Für die Krankenkassen ist es allerdings nicht eins zu eins prüfbar, für welche Versicherten sie Zuweisungen erhalten haben und für welche nicht, da die Zuweisungsbescheide nebst Anlagen keine versichertenbezogenen Informationen erhalten.

Erheblicher Verwaltungsaufwand aufgrund gesonderter Datenmeldung

Ein besonderes Durchführungsrisiko besteht weiterhin darin, dass Krankenkassen sowohl in den Sonderdatenmeldungen zur Korrektur der Zuweisungen als auch in den Sonderdatenmeldungen in Bezug auf die Prüfung der Bereinigungsfälle unvollständige Angaben machen können, ohne dass dies wirksam überprüft werden kann. Die Konstruktion des § 323 SGB V sieht vor, dass prüfrelevant alle Versicherungsverhältnisse gemeldet werden, zu denen keine Beitragszahlungen und keine Leistungen dokumentiert sind. Ob die Krankenkasse die richtige Menge meldet, ist nicht prüfbar. Um Manipulationen – hier: die bewusste Reduzierung der Bereinigungsfälle – auszuschließen, ist es erforderlich, die Gesamtzahl der freiwilligen Mitgliedschaften nach § 9 und § 188 zu melden und solche, die unter die Regelungen des GKV-VEG fallen, gesondert zu kennzeichnen. Auf dieser Grundlage können die Prüfdienste dann überprüfen, ob die Vorgaben des § 323 bei den nicht gekennzeichneten Versicherten tatsächlich nicht erfüllt sind. Hierzu ist eine gesonderte Datenmeldung vorzusehen. Die Prüfung muss dann als Vollprüfung aller Versicherungszeiten nach § 9 und § 188 erfolgen, was mit erheblichem Verwaltungsaufwand auf Seiten der Prüfdienste und der Krankenkassen verbunden ist. Dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand ist nicht gerechtfertigt, zumal die Krankenkassen die in Rede stehenden Versicherungen nach geltendem Recht begründet haben und der zusätzliche Prüfaufwand lediglich in Verbindung mit einer unzulässigen rückwirkenden Bereinigung dieser Mitgliedschaften entsteht.

Durchführungsrisiken aufgrund fehlender Harmonisierung mit bestehenden Vorschriften

Schließlich ist auch die bislang fehlende Harmonisierung der bestehenden Vorschriften nach § 42 RSAV sowie den vorgeschlagenen Regelungen zu § 323 problematisch. Es ist zwingend sicherzustellen, dass Bereinigungsfälle nach § 323 nicht als Fehler im Rahmen der Prüfung nach § 42 RSAV zu werten sind. Dieses Problem ergibt sich nicht, wenn auf eine rückwirkende Bereinigung für abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre verzichtet wird. Im Fall einer rückwirkenden Bereinigung für abgeschlossene RSA-Ausgleichsjahre wäre andernfalls zu regeln, dass bei Prüfungen nach § 42 RSAV die Stichproben- und Hochrechnungsverfahren auf um die Sonderdatenmeldung bereinigten Prüfsatzarten (technisch: Satzart 110PV) aufsetzen.

Hält man trotz der benannten Probleme und Risiken an den Regelungen fest, sollten zumindest die Durchführungsrisiken minimiert werden:

- So ist klarzustellen, dass die in Absatz 2 genannten **Kriterien** bei berichtsjahtübergreifenden Versicherungsepisoden **nicht für jedes einzelne Berichtsjahr erfüllt** werden müssen. So ist z.B. eine Versicherungsepisode, die die Jahre 2017 und 2018 umfasst, von der Bereinigung auszunehmen, wenn einzig im Jahr 2018 eine Leistung in Anspruch genommen wurde.

- Des Weiteren sollte deutlich gemacht werden, dass auch in Bezug auf § 323 Abs. 3 das Kriterium der „**Leistungsinanspruchnahme**“ **als erfüllt** gilt, wenn mitversicherte **Familienangehörige im betreffenden Zeitraum Leistungen in Anspruch genommen haben**. Hier sind konsistente Regelungen zu den §§ 191 und 323 Abs. 2 erforderlich.
- Um dem Ziel gleicher Voraussetzungen für alle Krankenkassen gerecht zu werden, muss darüber hinaus sichergestellt werden, dass **Krankenkassen nicht im Vorgriff auf die gesetzliche Regelung die hier in Rede stehenden Mitgliedschaften beenden oder stornieren**, damit diese nicht mehr von der Regelung des § 323 erfasst werden und somit lediglich die Zuweisungen bis zum Korrekturjahr zurückgezahlt werden müssen. Als Lösung wird die **Datenselektion** für die entsprechende Datei nicht vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, sondern **vom Zeitpunkt des Gesetzentwurfs am 20.04.2018** gesehen. Damit wird sichergestellt, dass auch Sachverhalte von der Regelung des § 323 Abs. 3 erfasst werden, die aktuell beendet oder storniert werden.
- Des Weiteren sollte aufgrund der bereits oben benannten Durchführungsrisiken die **Umsetzungsfrist mindestens bis 15.06.2020 verlängert werden**. Zudem sind die Abstimmungen über die vom Gesetzgeber vorgegebenen einheitlichen Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes noch nicht abgeschlossen, so dass die Krankenkassen noch keine verlässliche Grundlage für die Vorbereitungen zur Umsetzung des Gesetzes treffen können. Darüber hinaus liegen die ärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2018, die für die Prüfung auf eine mögliche Leistungsinanspruchnahme des Versicherten zwingend erforderlich sind, den Krankenkassen vertragsgemäß erst 9 Monate nach Ende des Abrechnungsquartals vor, d.h. Informationen über die Leistungsinanspruchnahme im 4. Quartal 2018 liegen regelmäßig erst nach dem im Gesetzentwurf benannten Datum vor.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung zu § 323 ist zu streichen.

Hält man trotz der benannten Probleme und Risiken an den Regelungen fest, sind folgende Ergänzungen/Änderungen notwendig:

In Absatz 1 werden nach den Worten „Die Krankenkassen haben ihren Mitgliederbestand“ die Worte „für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum ...[einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 13 Absatz 1] ersetzt durch die Worte „für noch nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre“. Außerdem wird in Absatz 1 das Datum „15. Juni 2019“ durch „15. Juni 2020“ ersetzt.

In Absatz 2 werden nach den Worten „die nach § 188 Absatz 4“ die Worte „oder nach § 9 Abs. 1 Nr. 1“ ergänzt.

Dem Absatz 2 wird ein Satz 3 angefügt: „Satz 1 gilt nicht für bereits beendete Versicherungszeiten nach § 188 Abs. 4 mit einem Umfang von maximal sechs Monaten, sofern diese aufgrund einer Versicherungspflicht nach § 5 beendet wurden.“

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die seit der ersten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.

In Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

[...] Für die Berechnung der Bereinigungsbeträge nach Absatz 4 werden nur diejenigen Versicherungszeiten berücksichtigt, für die die Krankenkasse im betreffenden Ausgleichsjahr Zuweisungen erhalten hat. Für die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen darüber hinaus alle Versichertenzeiten, die auf der Grundlage von § 9 und § 188 begründet wurden.

In Absatz 5 wird ein neuer Satz 4 ergänzt:

(3) [...] Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen das Nähere zur Stichprobenmethodik, zum Stichprobenumfang und zum Hochrechnungsverfahren nach Satz 1 und 2 fest.

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 9 SGB V Freiwillige Versicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ermöglicht. Die dreimonatige Beitrittsfrist beginnt mit dem Tag nach Ausscheiden aus dem Dienst als Zeitsoldat.

B Stellungnahme

Die Regelung beendet die unterschiedlichen Verfahrensweisen der Krankenkassen und ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 10 SGB V Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die befristete Sonderregelung, dass für die Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende fremde Kinder in Tagespflege betreuen, eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung zu ermöglichen bzw. bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige anzuwenden, läuft zum 31.12.2018 aus. Infolge des Auslaufens der krankensicherungsrechtlichen Sonderregelungen für Tagespflegepersonen sind für diesen Personenkreis die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend, wie sie für alle anderen selbstständig Erwerbstätigen gelten.

B Stellungnahme

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung und ist nachvollziehbar. Damit können Tagespflegepersonen ab 01.01.2019 im Einzelfall als hauptberuflich Selbständige betrachtet werden und infolgedessen einen Krankenversicherungsschutz mit Krankengeldanspruch zur Absicherung von Einkommensausfall bei Krankheit wählen. Zudem wird durch die Neuregelung zur Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbständige die Sonderregelung für Tagespflegepersonen obsolet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 240 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige wird abgesenkt. Als neuer Grenzwert ist der 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen. Die Änderung soll zum 01.01.2019 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Die generelle Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige ist ein notwendiger Schritt zur Entlastung vieler hauptberuflich Selbstständiger mit geringen Einnahmen. Die Absenkung auf den 80. Teil geht jedoch nicht weit genug und berücksichtigt nicht die erheblichen Aufwände zur Unterscheidung zwischen einer hauptberuflich ausgeübten und einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit, die angesichts einer Beitragsdifferenz von monatlich 20 EUR unwirtschaftlich ist. Aus diesem Grunde ist es sachgerechter, als Mindestbemessungsgrundlage für alle selbstständig Erwerbstätigen den 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße für den Kalendertag anzusetzen.

C Änderungsvorschlag

In Satz 2 werden die Wörter „vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16b des Zweiten Buches erhalten, der sechzigste“ durch das Wort „neunzigste“ ersetzt.

Nr. 4 § 248 Satz 2 SGB V Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse wird die paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nachvollzogen.

B Stellungnahme

Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse sind Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V als beitragspflichtige Einnahme gleichgestellt. Durch die Umsetzung der paritätischen Tragung von Zusatzbeiträgen, die sich aus den gesetzlichen Renten als beitragspflichtige Einnahme und unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrags ergeben, ist eine entsprechende Umsetzung auch für die Renten und Landabgabereuten der landwirtschaftlichen Alterskasse vorzunehmen. Eine Umsetzung adäquat zu den gesetzlichen Renten scheidet daran, dass für die genannten Renten nur der halbe allgemeine Beitragssatz angesetzt wird. Die Regulierung erfolgt daher über den Beitragssatz und somit über die Festlegung, dass nur die Hälfte des nach § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V geltenden kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes für entsprechende Renten anzusetzen ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 249 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zukünftig zu gleichen Anteilen (paritätisch) vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber zu tragen ist. Die Formulierung zur alleinigen Tragung des Beitrags durch den Arbeitnehmer, der sich aus dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz und dem Arbeitsentgelt ergibt, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Wir begrüßen, dass bei der Umsetzung der paritätischen Finanzierung mittels eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes an der Finanzierungssystematik der GKV festgehalten wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 249a Satz 1 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser Änderung wird die Parität bei der Tragung der Zusatzbeiträge auch für Rentner umgesetzt. Der Rentenversicherungsträger übernimmt ab 01.01.2019 damit die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

B Stellungnahme

Die Parität bei der Tragung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge wird auch für Renten wiedereingeführt. Der Rentenversicherungsträger trägt wie ein Arbeitgeber zukünftig ebenfalls den halben kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 249a Abs. 1 Satz 2 SGB V Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung: Mit dieser Änderung wird sichergestellt, dass der Rentenversicherungsträger auch bei Waisenrenten zukünftig seinen Anteil am kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu tragen hat.

B Stellungnahme

Mit dem E-Health-Gesetz (BGBl I S. 2408) wurde festgelegt, dass Waisenrenten bis zu gewissen Altersgrenzen für den Waisenrentner beitragsfrei sind. Gleichwohl ist der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers abzuführen. Da sich durch die Wiedereinführung der Parität der Beitragsanteil auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag bezieht, war die Begrenzung auf den allgemeinen Beitragssatz zu streichen. Neben dem halben allgemeinen Beitrag trägt der Rentenversicherungsträger zukünftig auch den halben kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a) regelt für die neu beitragsberechtigten ausgeschiedenen Soldaten auf Zeit, die in ihrer Beschäftigung nicht versicherungspflichtig werden, den Anspruch auf Beitragszuschuss.

Buchstabe b): Berücksichtigung der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages auch beim Beitragszuschuss zur Krankenversicherung für diejenigen abhängig Beschäftigten, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und privat versichert sind. Es wird hier der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz nach § 242a SGB V berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die in Buchstabe a) aufgenommene Regelung ist sachgerecht.

Die Regelung bezieht sich auf den Zuschuss vom Arbeitgeber eines privatversicherten Beschäftigten. Da auch hier zur Parität zurückzukehren ist und kein kassenindividueller Zusatzbeitragsatz zur Verfügung steht, erhöht sich für diesen Versichertenkreis der Beitragszuschuss auf der Grundlage der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes. Die Umsetzung ist nachvollziehbar, aber nur bedingt durch die GKV zu bewerten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 106 SGB VI Zuschuss zur Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung gleicht die paritätische Zusatzbeitragssatzlastverteilung auch für den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherte an.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 13 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Umsetzung der Parität und die Änderung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige treten zum 01.01.2019 ein.

B Stellungnahme

Der vorgesehene zeitliche Vorlauf zur Umstellung ist zu gering, um alle erforderlichen softwaretechnischen Änderungen rechtzeitig und qualitativ ausreichend umzusetzen, ist jedoch aufgrund der von der Bevölkerung erwarteten Änderung zum Jahreswechsel nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(1.1)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018

AOK
Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 08.10.2018**

Zu den Anträgen

**der Fraktion der FDP „Absenkung der Krankenversicherungs-
beiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“
BT-Drucksache 19/4320**

**der Fraktion DIE LINKE. „Geringverdienende Selbstständige und
andere freiwillig Versicherte entlasten“
BT-Drucksache 19/102**

**der Fraktion DIE LINKE. „Gerechte Finanzierung der gesetzlichen
Krankenversicherung im Jahr 2019“
BT-Drucksache 19/4244**

**der Fraktion AfD „Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur
gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von
Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln“
BT-Drucksache 19/4538**

Stand 01.10.2018

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhalt:

Antrag der Fraktion der FDP „Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“	- 3 -
Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“	- 4 -
Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gerechte Finanzierung der gesetz- lichen Krankenversicherung im Jahr 2019“	- 6 -
Antrag der Fraktion AfD „Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeits- losengeld II aus Steuermitteln“	- 9 -

Antrag der Fraktion der FDP „Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“

Inhalt

Der Antrag sieht eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf einen Wert in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze vor, die seit einigen Jahren 450 EUR beträgt. Liegen die tatsächlichen Einnahmen oberhalb dieser Mindestbemessungsgrundlage, soll das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen, begrenzt auf die monatliche Beitragsbemessungsgrenze, herangezogen werden. Die Einnahmen sollen zwingend jährlich rückwirkend anhand der Einkommensteuerbescheide nachgewiesen werden.

Ergänzend wird in Abschnitt II Ziffer 4 eine Änderung in der Beitragsbemessung und Beitragshöhe für pflichtversicherte Studenten gefordert. Danach soll sich die Beitragsbemessung für Studenten künftig ebenfalls anhand der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige orientieren, für die als Grundlage die Geringfügigkeitsgrenze von 450 € gelten soll.

Stellungnahme

Die Forderung nach einer Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige entspricht der langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft. Abweichend vom Vorschlag der Fraktion der FDP hält die AOK-Gemeinschaft eine Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.015 EUR) für geeigneter, einen für die Versicherten-gemeinschaft der GKV gerechten Ausgleich zwischen unternehmerischem Risiko, steuerlicher Gestaltungsfreiheit und angemessenen Einnahmen zur Bestreitung des Lebensunterhalts zu schaffen. Der Vorschlag der Fraktion der FDP wird daher abgelehnt. Die AOK-Gemeinschaft fordert vielmehr die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige auf einen Betrag in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße.

Des Weiteren sieht der Antrag die Absenkung der Bemessungsgrundlage in der Krankenversicherung der Studenten von derzeit 649 EUR auf 450 EUR vor. Hintergrund dieser Forderung ist, dass durch die Absenkung der Bemessungsgrundlage für freiwillig versicherte Selbstständige der Personenkreis der pflichtversicherten Studenten einen geringfügig höheren Beitrag zahlen würde. Um dieses Missverhältnis auszugleichen, ist bei der Ermäßigung der Beiträge darauf zu achten, dass die Beitragshöhe eines krankenversicherungspflichtigen Studenten weiterhin niedriger ist. Dieser Vorschlag wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt, da sie die gegenwärtige Mindestbemessungsgrundlage für den Personenkreis der sonstigen freiwillig Versicherten für angemessen hält.

Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“

Inhalt

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE fordert einen Gesetzentwurf zur Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige sowie der sonstigen freiwillig Versicherten einheitlich auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 450 EUR. Darüber hinaus soll der Entwurf Regelungen enthalten, die Beitragsschulden zu erlassen, die im Zusammenhang mit den höher liegenden Mindestbemessungsgrundlagen entstanden sind. Ausgehend von der Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für sonstige freiwillig Versicherte sollen auch die Beiträge für pflichtversicherte Studenten auf dieses Niveau abgesenkt werden, da dieser Personenkreis ansonsten höhere Beiträge zu tragen hätte.

Vor dem Hintergrund der Absenkung der Bemessungsgrundlage für freiwillige Versicherte wird es zusätzlich als notwendig erachtet, dass die Beitragshöhe der pflichtversicherten Studenten inklusive Zusatzbeitrag auf das neue Niveau der freiwilligen Versicherung gesenkt wird.

Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft hält die gegenwärtige Mindestbemessungsgrundlage für den Personenkreis der sonstigen freiwillig Versicherten für angemessen. Die Versichertengemeinschaft muss sich insbesondere in der freiwilligen Versicherung vor unsachgemäß niedrigen Beiträgen schützen. Dies gilt auch für den in der Begründung des Antrags der Fraktion DIE LINKE aufgeführte Personenkreis der Rentenbezieher, die nicht die Voraussetzungen der Krankenversicherung der Rentner erfüllen. Diese Personengruppe zeichnet sich dadurch aus, dass sie in der Vergangenheit nur zeitweilig gesetzlich krankenversichert war und in vielen Fällen einen privaten Krankenversicherungsschutz führten. Die Mindestbemessungsgrundlage stellt hier einen vernünftigen Interessensausgleich dar zwischen den langjährig gesetzlich Krankenversicherten sowie den Versicherten, die sich viele Jahre nicht in die Versichertengemeinschaft eingebracht haben. Ganz ähnlich gilt dies auch für alle anderen sonstigen freiwillig Versicherten, deren Einnahmen unterhalb der aktuellen Mindestbemessungsgrundlage liegen.

Mit Blick auf die hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen begrüßt die AOK-Gemeinschaft die Forderung nach einer Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige. Eine Absenkung auf die Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 450 EUR wird allerdings abgelehnt. Es ist auch hier sicherzustellen, dass das unternehmerische Risiko nicht der Solidargemeinschaft aufgelastet wird. Die zahlreichen steuerlichen Optionsmöglichkeiten würden es ansonsten zulassen, dass Selbstständige in einem Jahr ein extrem niedriges Arbeitseinkommen ausweisen und damit nur die minimalen Beiträge zahlen, im Folgejahr dagegen hohe Einnahmen ausweisen, deren Verbeitragung aber an der Beitragsbemessungsgrenze endet. Diese Gestaltungsfreiheiten haben vergleichbare Arbeitnehmer im Übrigen nicht.

Den Beitragserlass für Beitragsschulden, die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen entstanden sind, wird aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit abgelehnt. Andernfalls wären all die Personen, die ihre Beiträge gezahlt haben, benachteiligt. Dies würde zudem ein falsches politisches Signal setzen. Die schon jetzt bestehenden Regelungen über die Ermäßigung und den Erlass von Beitragsschulden (vgl. § 256a SGB V) sehen bei Meldung unversicherter Personen eine Ermäßigung des Beitrags für vergangene Zeiträume von ungefähr 55 EUR monatlich vor, der sich aus 10% der monatlichen Bezugsgröße ermittelt. Nicht außer Acht zu lassen ist hierbei der Umstand, dass unversicherte Personen jederzeit bei Notfallbehandlungen der Krankenkasse anzeigen können, dass sie keinen Versicherungsschutz haben und damit nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig würden. Damit trägt die Versichertengemeinschaft auch ohne aktive Meldung dieser Personen jederzeit das gesamte Versichertenrisiko. Insofern ist der ermäßigte Betrag in Höhe von 55 EUR ein angemessener Ausgleich für das getragene Versicherungsrisiko.

Der Antrag sieht zudem die Absenkung der Bemessungsgrundlage in der Krankenversicherung der Studenten von derzeit 649 EUR auf 450 EUR vor. Hintergrund dieser Forderung ist, dass durch die Absenkung der Bemessungsgrundlage für freiwillig versicherte Selbstständige der Personenkreis der pflichtversicherten Studenten einen geringfügig höheren Beitrag zahlen würde. Um dieses Missverhältnis auszugleichen, sei bei der Ermäßigung der Beiträge darauf zu achten, dass die Beitragshöhe eines krankenversicherungspflichtigen Studenten weiterhin niedriger ist. Dieser Vorschlag wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt, da sie die gegenwärtige Mindestbemessungsgrundlage für den Personenkreis der sonstigen freiwillig Versicherten für angemessen hält.

Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019“

Inhalt

In dem Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE

- a. die Abschaffung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge.
- b. die Rücklagen der Krankenkassen für Leistungsverbesserungen anstelle von Beitragssenkungen zu verwenden.
- c. die Zuzahlungen abzuschaffen sowie den Leistungskatalog um gesundheitlich notwendige, aber bislang von den Versicherten getragene Leistungen zu erweitern.
- d. die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze und das Erlassen der Beitragsschulden für alle, deren tatsächliche Einnahmen in der Vergangenheit unterhalb des aktuellen Grenzwerts lagen.
- e. die Regelung zur Beendigung von inaktiven Mitgliedschaften auf den Personenkreis der nicht in Deutschland lebenden Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter zu beschränken. Die vorgesehene Beendigung von freiwilligen Mitgliedschaften dürfe sich nicht auf nicht erwerbstätige EU-Bürger sowie auf Sozialhilfebezieher auswirken, da diesen Personen im Falle einer unberechtigten Beendigung der Mitgliedschaft der als Alternative angebotene Aufangversicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht offen stehe.
- f. das Verbot der Anlage von Beitragsmitteln in Aktien.

Stellungnahme

- a. Der Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck. Versicherte, Patienten, Arbeitgeber und Beitragszahler müssen vom Wettbewerb profitieren. Das ist dann der Fall, wenn Versicherte auf Grundlage ihres gesetzlichen Leistungsanspruchs qualitativ hochwertige Versorgungsangebote erhalten und gleichzeitig die Beiträge trotz des demografischen Wandels und medizinisch-technischen Fortschritts möglichst stabil bleiben. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ein sinnvoller Wettbewerbsparameter, um sich gegenüber anderen Kassen zu differenzieren und um Anreize zu setzen, Beiträge langfristig stabil zu halten. Wichtig ist es, dass der Fokus nicht einseitig auf einen Preiswettbewerb der Krankenkassen gelegt wird, sondern auch auf den Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen. Statt einer Abschaffung des Zusatzbeitrages sollten die Krankenkassen vielmehr vergrößerte Gestaltungsspielräume erhalten, damit sie die Versorgung ihrer Versicherten auch tatsächlich effektiv und effizient gestalten können.
- b. Grundsätzlich ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes anzumerken, dass es im Interesse der Versicherten und Beitragszahler liegt, wenn über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau erreicht werden. Diesem berechtigten Anliegen können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Finanzstabilität ist von daher für das System

der gesetzlichen Krankenversicherung von größter Bedeutung. Eine gesetzlich definierte Obergrenze für Reserven wird vom AOK-Bundesverband abgelehnt. Bevor eine Reservenabschmelzung zur Beitragsabsenkung oder Leistungsausweitung genutzt werden sollte, müssen die Ausgabensteigerungen durch geplante oder bereits umgesetzte Gesetzesvorhaben in den Blick genommen werden.

- c. Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind eine Form der direkten finanziellen Beteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Sie fallen zusätzlich zu den Beitragszahlungen an, sind dabei aber nicht als - verdeckte - zusätzliche Krankenversicherungsbeiträge einzuordnen. Beiträge werden für die potentielle Inanspruchnahme von Leistungen erhoben. Um den Einzelnen vor einer unzumutbaren Belastung durch Zuzahlungen zu schützen, hat der Gesetzgeber entsprechende Regelungen geschaffen. Die Summe aller jährlichen Zuzahlungen für den Versicherten wird durch die individuelle Belastungsgrenze in Höhe von zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt. Für schwerwiegend chronisch Kranke gilt unter bestimmten Voraussetzungen eine reduzierte Belastungsgrenze von einem Prozent. Es werden also die Personen, die schwerwiegend erkrankt sind oder über ein geringfügiges Einkommen verfügen, vor einer Überlastung geschützt.
- d. Hinsichtlich der Forderung über die Absenkung der Mindestbemessungsgrenze in der freiwilligen Versicherung wird auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“ (BT-Drucksache 19/102) verwiesen.
- e. Die Ziffer 5 beschreibt die Wirkung der neuen Regelung zur Bestandsbereinigung des § 191 Nr. 4 SGB V-E auf die Personenkreise der nichterwerbstätigen EU-Bürgerinnen und EU-Bürger sowie Beziehende von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII. Betroffen wären Personen, deren freiwillige Versicherung beendet wird, weil für sie über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten kein Kontakt hergestellt werden konnte, keine Beiträge geleistet wurden und auch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die nicht erwerbstätigen EU-Bürger würden im Falle eines doch erforderlichen Krankenversicherungsschutzes von den Ausschlussregelungen des § 5 Abs. 11 SGB V erfasst, welche im Ergebnis die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließt. Damit blieben diese Personen trotz fortbestehendem Aufenthalts weiterhin ohne Versicherungsschutz. Die Änderung der bestehenden Regelungen wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Sie würde den aufenthaltsrechtlichen Vorschriften entgegenwirken, wonach nicht erwerbstätige EU-Staatsbürger dann Freizügigkeit genießen, wenn Sie einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz vorweisen können. Die beabsichtigte Änderung würde dazu führen, dass Personen, die sich ohne Erwerbstätigkeit dauerhaft in Deutschland aufhalten wollen, mit kleinen Tricks einen Versicherungsschutz in Deutschland besorgen könnten und damit aufenthaltsrechtliche Steuerungselemente umgehen können. Anders sieht die Wirkung auf den Personenkreis der Hilfebedürftigen aus. Diese Personen werden bei Beendigung der freiwilligen Versicherung wegen Nichtzahlung, Nichtleistungsinanspruchnahme und mangels Kontakt zur

Krankenkasse bei einer später erkennbaren Notwendigkeit eines Krankenversicherungsschutzes nicht von den Regelungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfasst, da die Ausschlussregelung des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V greift, wonach Leistungsbezieher nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind. Diese Personen würden jedoch nicht durch das soziale Netz fallen, sondern vielmehr eine Absicherung über die Sozialhilfeträger nach dem 5. Kapitel des SGB XII erhalten. Eine einschränkende Regelung in § 191 Nr. 4 SGB V-E ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sachgerecht, damit diese Personengruppe in einem solchen Fall in der GKV-Versicherungsgemeinschaft verbleiben kann. Eine Änderung in § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V wird hingegen abgelehnt, da somit ein genereller Zugang aller Leistungsbezieher nach dem SGB XII in die GKV ermöglicht würde.

- f. Ein Verbot der Aktienanlage von Beitragsmitteln für Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen ist aus Sicht des AOK-Bundesverbands abzulehnen. Die Aktienanlage für die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt analog dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes, mit dem die Art und Weise geregelt wird, wie eine Versorgungsrücklage zur Finanzierung der Versorgungsausgaben für Beamte, Richter, Berufssoldaten und weitere Beschäftigte des Bundes, denen eine Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet wird, aufzubauen und zu finanzieren ist. Das ist sachgerecht.

Antrag der Fraktion AfD „Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln“

Inhalt

In dem Antrag fordert die AfD die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem sichergestellt wird, dass die Unterdeckung der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen für ALG-II-Empfänger vom Bund innerhalb der nächsten zehn Jahre vollständig ausgeglichen wird.

Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft fordert seit langem die Zahlung eines angemessenen Beitrags an die gesetzliche Krankenversicherung für ALG-II-Empfänger. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung dieser Versichertengruppe ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und der Bund darf sich seiner Beitragsverantwortung nicht entziehen. Ausdrücklich begrüßt wird daher, dass die Bundesregierung die Problematik der Unterfinanzierung erkannt und in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen hat.

Jedoch gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung das Solidaritätsprinzip. Das bedeutet, dass sich die Beiträge des Versicherten nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit richten, die erhaltenen Leistungen aber vom Bedarf der Versicherten abhängen. Die AOK-Gemeinschaft lehnt es daher ab, für eine einzelne Versichertengruppe entgegen dieses Prinzips die Beiträge an den Kosten dieser Gruppe auszurichten. Um eine auskömmliche Finanzierung für die Gruppe der ALG-II-Empfänger sicherzustellen, sollten stattdessen andere Richtgrößen, z.B. die durchschnittlichen Kosten aller GKV-Versicherten, herangezogen werden.

Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung weiter festschreiben – steigende Lohnzusatzkosten verhindern

Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz; GKV-VEG) (BT-Drs. 19/4454) und

dem Antrag der FDP (BT-Drs. 19/4320) und den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 19/102, 19/4244)

28. September 2018

Zusammenfassung

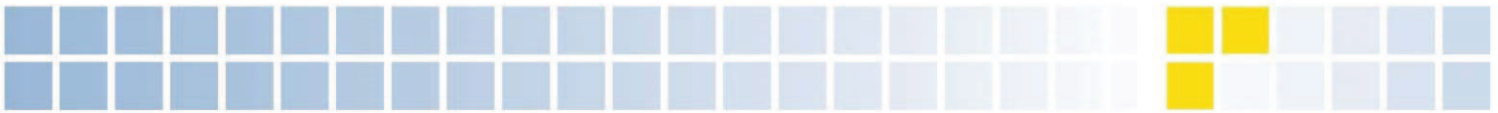
An der gesetzlichen Festschreibung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung sollte festgehalten werden. Die damit erreichte Begrenzung der Lohnzusatzkosten ist nach wie vor richtig und wird angesichts des drohenden kräftigen Anstiegs der Sozialversicherungsbeiträge sogar noch wichtiger.

Der Gesetzentwurf würde zu einer deutlichen Verteuerung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung führen. Allein durch die höheren Krankenkassenbeiträge würden die Arbeitgeber um rund 5 Mrd. B zusätzlich belastet, und diese Zusatzbelastung wird künftig stark steigen. Noch nie in der deutschen Sozialgeschichte hat es ein Gesetz gegeben, das eine höhere Zusatzbelastung bei den Lohnzusatzkosten gebracht hat. Berechnungen zeigen, dass ohne die Festschreibung des Arbeitgeberanteils nicht nur das Wachstum schwächer ausfallen wird, sondern auch langfristig in sechsstelliger Zahl Arbeitsplätze verlorengehen werden. Der Gesetzentwurf konterkariert damit das richtige Ziel, in Deutschland Vollbeschäftigung zu erreichen.

Zudem würde der Arbeitgeberanteil an der Finanzierung der Krankheitskosten weiter kräftig erhöht. Dabei liegt er bereits heute –

schon aufgrund der alleinigen Arbeitgeberfinanzierung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall – deutlich höher als der Finanzierungsanteil der Beschäftigten. Angesichts des höheren Finanzierungsanteils der Arbeitgeber kann von einer paritätischen Kostentragung schon lange keine Rede sein. Wenn der Gesetzgeber dennoch die Arbeitgeber künftig auch noch an der Finanzierung der Zusatzbeiträge beteiligen will, sollte er zumindest sachgerechte Schritte zur Begrenzung der Kosten der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ergreifen.

Die positive Wirkung des Zusatzbeitrags auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen würde durch die geplante Neuregelung glatt halbiert. Denn künftig hätten Versicherte nur noch den halben Vorteil, wenn sie in eine preisgünstigere Krankenkasse wechseln, oder aber sie können die zusätzlichen Kosten bei Wahl einer teureren Krankenkasse hälftig auf den Arbeitgeber abwälzen. Wenn schon die Arbeitgeber künftig den Zusatzbeitrag hälftig mitfinanzieren sollen, dann muss ihr Finanzierungsanteil zumindest auf den hälftigen Beitrag der günstigsten für die Beschäftigten wählbaren Krankenkasse begrenzt werden.



Es ist richtig und sogar überflüssig, dass erstmals wirksame Maßnahmen zur Begrenzung der Finanzausstattung von Krankenkassen und Gesundheitsfonds eingeführt werden. Nicht benötigte Beitragsmittel müssen an die Beitragszahler zurückgegeben werden und dürfen nicht weiter zu Negativzinsen bei Kassen und Gesundheitsfonds lagern. Alle Erfahrung zeigt, dass hohe Reserven Wirtschaftlichkeitsanstrengungen erlahmen lassen und zu zusätzlichen Ausgaben verleiten. Falsch ist jedoch, dass die Abschmelzung nicht benötigter Reserven nicht sofort umgesetzt wird. Die Verknappung mit einer vorherigen Reform des Risikostrukturausgleichs bedeutet eine unnötige Verzögerung und sogar Gefährdung dieser möglichen und nötigen Entlastung der Beitragszahler.

Eine moderate Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige ist nachvollziehbar, muss aber mit Augenmaß erfolgen, auch um die übrigen Beitragszahler nicht übermäßig zusätzlich zu belasten. Eine Absenkung des Mindestbeitrags auf die Höhe, wie sie vom Gesetzgeber bislang auch für staatlich geförderte Existenzgründer für angemessen erachtet wird (Bemessungsgrundlage 2018: 1.522,50 B im Monat) wäre angemessen und ausreichend.

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Bereinigung der Beitragsschulden bei den Krankenkassen und die geplante Erhöhung des Aktienanteils für Altersrückstellungen der Krankenkassen sind zu begrüßen.

Im Einzelnen

1. Festschreibung des Arbeitgeberanteils beibehalten
 - a. Arbeit nicht zusätzlich verteuern, Arbeitsplätze nicht gefährden

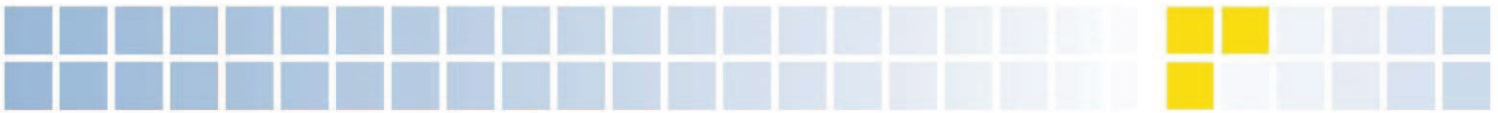
An der gesetzlichen Festschreibung des Arbeitgeberanteils sollte festgehalten werden. Das Ziel der von der rot-grünen Regierungskoalition beschlossenen Abkehr vom paritätischen Beitragssatz und der später von CDU, CSU und FDP beschlossenen Festschrei-

bung des Arbeitgeberanteils, die Lohnzusatzkosten zu begrenzen, bleibt richtig und wird in Zukunft noch wichtiger werden. Es wäre ein schlimmer Fehler, wenn auch noch die im Rahmen der Agenda 2010 beschlossene Begrenzung der Lohnzusatzkosten zurückgenommen würde.

Wenn die Gesundheitsausgaben der Krankenkassen stärker steigen als Löhne und Gehälter, darf sich dies nicht über höhere Lohnzusatzkosten negativ auf Beschäftigung und Wachstum auswirken. Dies ist gerade auch deshalb wichtig, weil die Beitragsbelastung in der Renten- und Pflegeversicherung – sofern keine durchgreifenden Reformen erfolgen – in der Zukunft deutlich steigen wird. Auf der Grundlage des geltenden Rechts ist daher bis 2040 mit einem Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragsatzes auf rund 50 % zu rechnen (u. a. Studie der Prognos AG 'Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung' vom Juni 2017). Vor dem Hintergrund, dass die Politik bislang keinen Weg gefunden hat, wie der damit drohende, mit gravierenden negativen Beschäftigungswirkungen verbundene Anstieg der Lohnzusatzkosten verhindert werden kann, ist es fahrlässig, dass jetzt die Festschreibung des Arbeitgeberanteils aufgegeben werden soll.

Nach einer Studie der Prognos AG (s. o.) würden bei einer Rückkehr zum paritätischen Beitragssatz – je nach unterstellter Kostenentwicklung im Gesundheitswesen – langfristig zwischen 130.000 und 200.000 Arbeitsplätze entfallen. Eine Berechnung des IW Köln vom Juni 2017 ('Makroökonomische Effekte einer paritätischen Beitragsfinanzierung') kommt zu noch gravierenderen Arbeitsmarktfolgen. Danach würde die Rückkehr zu einem paritätischen Beitragssatz die Erwerbslosenquote im Lauf der nächsten zehn Jahre um 0,8 Prozentpunkte nach oben treiben. Das entspräche einem Anstieg der Zahl der Arbeitslosen um mehr als 300.000.

Wenn das sog. GKV-Versichertenentlastungsgesetz in der jetzt vorliegenden Fassung in Kraft treten würde, wäre es das Gesetz mit der größten Zusatzbelastung durch Lohnzusatzkosten in der deutschen Sozial-



geschichte. Allein im ersten Jahr müssten die Arbeitgeber rund 5 Mrd. € zusätzlich an Krankenkassenbeiträgen zahlen, in den Folgejahren ist mit deutlich höheren Belastungen zu rechnen. Zudem würde die Rückkehr zu einer paritätischen Beitragssatzverteilung die Arbeitgeber auch als Beitragszahler zur gesetzlichen Rentenversicherung belasten, da sie für die rund 1,4 Mrd. € Beiträge mitaufkommen müssten, die die Rentenversicherungsträger künftig zusätzlich an die Krankenversicherung zahlen sollen. Die übrigen Maßnahmen des Gesetzes heben sich in ihrer Be- bzw. Entlastungswirkung für die Arbeitgeber mittelfristig weitgehend auf.

b. Höherbelastung der Arbeitgeber bei der Krankheitskostenfinanzierung nicht noch weiter vergrößern

Die hälftige Mitfinanzierung des Zusatzbeitrags durch die Arbeitgeber hätte zur Folge, dass der im Vergleich zu den Beschäftigten schon heute deutlich höhere Finanzierungsanteil der Arbeitgeber an den Krankheitskosten noch weiter wächst. Die Arbeitgeber finanzieren über ihre Krankenkassenbeiträge hinaus mit über 50 Mrd. € jährlich die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Hinzu kommen die allein von den Arbeitgebern getragenen Krankenkassenbeiträge für Minijobber (ca. 3 Mrd. €) sowie der höhere Beitragsanteil der Arbeitgeber für Midijobber. Für geringverdienende Versicherte, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, und für Versicherte, die ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr leisten, übernehmen die Arbeitgeber den Gesamtsozialversicherungsbeitrag alleine, auch den Zusatzbeitrag für die Versicherten.

Allein durch die Entgeltfortzahlungskosten entfällt auf die Arbeitgeber bislang neben dem hälftigen allgemeinen Beitragssatz von 7,3 % umgerechnet ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von rund 4 Prozentpunkten, während die Arbeitnehmer derzeit lediglich mit einem Zusatzbeitragssatz in Höhe von durchschnittlichen 1,0 Prozentpunkten sowie Kosten für Zuzahlungen in Höhe von umgerechnet 0,3 Prozentpunkten belastet werden.

Wenn der Gesetzgeber eine wirklich paritätische Finanzierung der Krankheitskosten anstrebt, müsste er konsequenterweise auch für eine paritätische Finanzierung der Kosten der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall sorgen, die dann entweder direkt von den Krankenkassen finanziert oder den Arbeitgebern erstattet werden müssten.

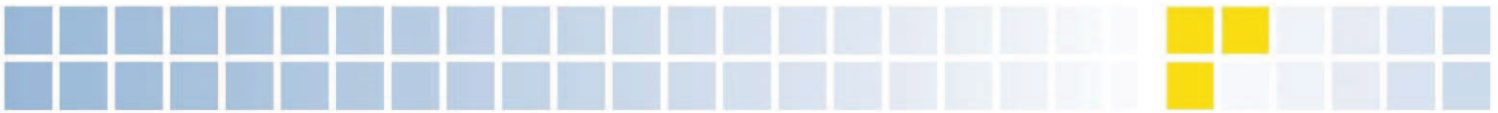
c. Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen nicht schwächen

Der Preiswettbewerb der Krankenkassen würde durch die hälftige Finanzierung des Zusatzbeitragssatzes deutlich geschwächt. Die finanziellen Vor- und Nachteile einer Krankenkassenwahl wären nur noch halb so groß für die Beschäftigten: Einerseits müssten Beschäftigte beim Wechsel in eine preisgünstigere Kasse die Kostenersparnis mit ihrem Arbeitgeber hälftig teilen. Andererseits würden Arbeitnehmer, die eine teure Krankenkasse wählen, ihre Arbeitgeber dafür automatisch in Mithaftung nehmen.

d. Mindestkorrekturvorschläge

Sollte sich der Gesetzgeber trotz aller gewichtigen Gegenargumente dennoch für eine hälftige Beteiligung der Arbeitgeber an den Zusatzbeiträgen der Krankenkassen aussprechen, sollten zumindest folgende Korrekturen erfolgen:

- é Der Arbeitgeberanteil sollte auf den hälftigen Beitrag der günstigsten für die Beschäftigten wählbaren Krankenkasse begrenzt werden. Damit würde es bei dem sinnvollen Zustand bleiben, dass Versicherte in vollem Umfang die finanziellen Vor- und Nachteile ihrer Krankenkassenwahl tragen. Der Krankenkassenwettbewerb würde dadurch nicht beeinträchtigt. Es ist zudem auch nicht einzusehen, warum Arbeitgeber sich auch an den Kosten einer besonders teuren Krankenkassenwahl ihrer Beschäftigten beteiligen sollten.



é Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung der Beschäftigten sollte einheitlich auf insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr begrenzt werden. Die heutige Regelung, die abhängig davon, ob es sich um eine Neu- oder eine Folgeerkrankung handelt, im Einzelfall weitere Entgeltfortzahlungsansprüche ermöglicht (í 3 Entgeltfortzahlungsgesetz), ist in der Anwendung äußerst kompliziert und bürokratisch. Die vorgeschlagene Vereinfachung würde zudem dazu beitragen, dass das ohnehin schon vorhandene Ungleichgewicht bei der Krankheitskostenfinanzierung zu Lasten der Arbeitgeber nicht ganz so deutlich weiter zu ihrem Nachteil verschoben würde.

2. Nicht benötigte Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds schneller abbauen

Es ist richtig und ~~aber~~flig, auf eine Abschmelzung der Finanzreserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds hinzuwirken.

Durch die vorgesehenen Höchstgrenzen würde sichergestellt, dass vorhandene Spielräume für Beitragssenkungen auch genutzt werden. Nicht benötigte Beitragsmittel müssen an die Beitragszahler zurückgegeben werden und dürfen nicht weiter zu Negativzinsen bei Kassen und Gesundheitsfonds lagern.

Alle Erfahrung zeigt, dass ~~aber~~höhte Finanzreserven stets zu einem Erlahmen der Wirtschaftlichkeitsanstrengungen und die Politik zu vermehrten Leistungsausgaben verleiten, da der ~~R~~ückgriff auf vorhandene Reserven die Illusion schafft, zusätzliche Leistungen könnten ohne zusätzliche Belastungen der Beitragszahler finanziert werden.

Nicht ~~aber~~zeugend ist jedoch, dass vor dem Abbau der nicht benötigten Finanzreserven zunächst nun erst noch der Risikostrukturausgleich reformiert werden soll. Erstens ist mit dem Gesetz bereits eine wirksame Korrektur des Risikostrukturausgleichs vorgesehen, nämlich durch die Beendigung ungeklärter passiver Mitgliedschaften. Zweitens

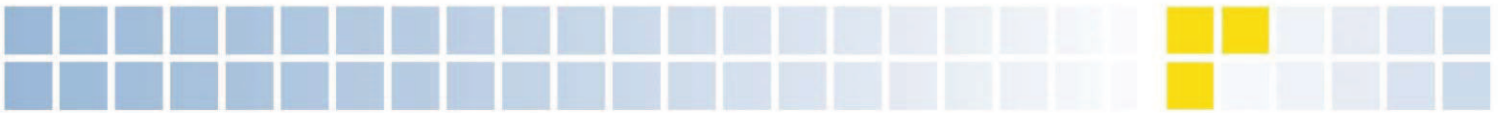
ist der bestehende Risikostrukturausgleich nach zahlreichen Reformen bereits weitgehend zielgenau. Die ohne Zweifel weiter nötige Nachjustierung des Risikostrukturausgleichs ist eine Daueraufgabe, die niemals beendet sein wird. Deshalb ist es auch unsinnig, andere sinnvolle gesundheitspolitische Maßnahmen von einer Reform des Risikostrukturausgleichs abhängig zu machen. Der Abbau der nicht benötigten Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds wird damit unnötig aufgeschoben und zudem mit Risiken behaftet.

Die mögliche Beitragsentlastung durch den Abbau nicht benötigter Finanzreserven der Krankenkassen sollte aber nicht ~~aber~~schützt werden. Sie beträgt laut Gesetzentwurf in den Jahren 2020 bis 2022 jeweils 1 bis 1,5 Mrd. B. Das entspricht jeweils rund 0,1 Beitragssatzpunkt. Dieser einmalige Entlastungseffekt wird bereits mittelfristig durch die Mehrbelastungen in Folge der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige ~~aber~~troffen. Schon deshalb kann die Begrenzung der Finanzausstattung von Krankenkassen und Gesundheitsfonds nicht als Teilkompensation für die Mehrkosten der Arbeitgeber aus der Zusatzbeitragsfinanzierung angefahren werden.

3. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige nicht zu stark absenken

Es ist sinnvoll, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige zu senken, weil der bisherige Mindestbeitrag Selbstständige mit geringem Einkommen ~~aber~~fordern kann. Zudem würde ein geringerer Mindestbeitrag die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit erleichtern und Selbstständigen mit geringem Einkommen beim Aufbau einer Altersvorsorge helfen. Letzteres ist gerade auch vor dem Hintergrund, dass sich die Regierungskoalition die Einführung einer Altersvorsorgepflicht für Selbstständige vorgenommen hat, wichtig.

Allerdings muss ~~ber~~ücksichtigt werden, dass mit einer Absenkung einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage Beitragsausfälle ver-



bunden sind, die dann zu Mehrbelastungen der übrigen Beitragszahler führen. Die vorgesehene Absenkung der monatlichen Beitragsbemessungsgrundlage auf die Hälfte (vom 40. auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße) würde die übrigen Beitragszahler nach dem Gesetzentwurf mit rund 800 Mio. B pro Jahr belasten.

Auch schafft eine Reduzierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage die Gefahr einer negativen Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, was zu weiteren Belastungen der übrigen Beitragszahler führen würde.

Insofern sollte die Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige zwar gesenkt werden, aber nur vom 40. auf den 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Dies entspricht der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, die vom Gesetzgeber bislang auch bei staatlich geförderten Existenzgründern für angemessen erachtet wird (2018: 1.522,50 B im Monat).

Noch weitergehende Vorschläge der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion der FDP zur Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für Selbstständige, freiwillig Versicherte und Studenten sind wegen der hohen Mehrbelastung der übrigen Beitragszahler abzulehnen.

4. Bereinigung der Beitragsschulden und Erhöhung des Aktienanteils für Altersrückstellungen zu begründen

Das vorgesehene Maßnahmenpaket zur Bereinigung der Beitragsschulden und die geplante Erhöhung des maximalen Aktienanteils für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen sind zu begründen. Die angeführten Argumente für diese Regelungen sind überzeugend.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Bundesverband

Sozialverband Deutschland · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin



<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 19(14)0034(3) gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 - GKV-VEG 28.9.2018</p>
--

Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Florian Schönberg

Tel. 030 72 62 121

Fax 030 72 62 22-328

sozialpolitik@sovd.de

sovd.de

28. Oktober 2018

Fs/Pa/MüZe

Stellungnahme

anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 8. Oktober 2018 zu den Vorlagen

- Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)
BT-Drucksache 19/4454
- Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
„Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“
BT-Drucksache 19/4320
- Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
„Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“
BT-Drucksache 19/102

- Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
„Gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019“
BT-Drucksache 19/4244
- Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Jürgen Braun, Marcus Bühl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
„Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln“
BT-Drucksache 19/4538

Inhalt

Stellungnahme.....	1
1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs.....	4
2 SoVD-Bewertung zu den Regelungen im Einzelnen.....	4
a) Paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags	4
b) Absenkung der Mindestbeitragsbemessung für Selbstständige	5
c) Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden.....	6
d) Abschmelzen hoher Finanzreserven der Krankenkassen zur Entlastung der Beitragszahler	8
e) Bereinigung einer befristeten Sonderregelung für Tagespflegepersonen.....	9
3 Zusammenfassung	10
II. Zum Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP „Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“, BT-Drucksache 19/4320.....	11
III. Zum Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“, BT-Drucksache 19/102	12
IV. Zum Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE „Gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019“, BT-Drucksache 19/4244.....	12
V. Zum Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Jürgen Braun, Marcus Bühl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD „Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln“, BT-Drucksache 19/4538.	13

I. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)
BT-Drucksache 19/4454

1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Der "Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) enthält eine Reihe von Maßnahmen zur Entlastung der Versicherten bei den Krankenkassenbeiträgen. Angesichts einer positiven Entwicklung der Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen sowie der Rücklagen des Gesundheitsfonds und eines Teils der Krankenkassen bestehe Potential dafür, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Mit einem Bündel an Maßnahmen soll eine Beitragsentlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner von insgesamt etwa 8,3 Mrd. Euro jährlich erreicht werden.

Der Gesetzentwurf enthält u. a. folgende Maßnahmen:

- Paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags ab dem 1. Januar 2019,
- Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige zum 1. Januar 2019,
- Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden,
- Abbau von Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen sowie
- Bereinigung einer befristeten Sonderregelung für Tagespflegepersonen.

Die Neuregelungen sollen in Teilen noch in diesem Jahr, im Übrigen zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

2 SoVD-Bewertung zu den Regelungen im Einzelnen

a) Paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags

Ab dem 1. Januar 2019 sollen die bisher vom Mitglied allein zu tragenden Beiträge nach dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragsatz paritätisch finanziert werden. Derzeit beteiligen sich Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber und Rentenversiche-

rung hälftig an den Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz. Durch die Neuregelung werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung künftig wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentenversicherung und Rentnerinnen und Rentnern getragen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die mit der Umsetzung der im Koalitionsvertrag zur 19. Legislaturperiode vereinbarten Paritätischen Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags ausdrücklich. Damit wird einer langjährigen Forderung des SoVD nach der Wiederherstellung der vollen Beitragsparität bei den Krankenversicherungsbeiträgen entsprochen. Bislang werden steigende Lasten durch steigende Zusatzbeiträge allein durch die Versicherten aufgebracht, da der Arbeitgeberbeitrag seit Januar 2015 mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) gesetzlich eingefroren wurde. Mit der Neuregelung beteiligen sich ab dem 1. Januar 2019 nunmehr wieder Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherung hälftig an den Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz sowie hälftig an dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz.

Mit der Wiederherstellung der vollen Beitragsparität hat die Unterscheidung zwischen allgemeinen Beitragssatz und kassenindividuellen Zusatzbeitrag jedoch zwangsläufig ausgedient. Die Notwendigkeit der Unterscheidung besteht nicht mehr. Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD die Einführung eines kassenindividuellen Beitragssatzes.

Das Prinzip der paritätischen Verteilung der Beiträge auf lohnbezogene Einnahmen muss auch in der Pflegeversicherung (wieder)hergestellt werden, wo es durch den Wegfall des Buß- und Bettages, den Zuschlag für kinderlose Versicherte und die alleinige Beitragstragung der Rentnerinnen und Rentner bisher einseitig zu Lasten der Versicherten verletzt wird.

b) **Absenkung der Mindestbeitragsbemessung für Selbstständige**

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst und liegt im Jahr 2018 bei 2.284 Euro. Unterschreiten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen diese Grenze, wird die Mindestbemessungsgrundlage als fiktives Mindesteinkommen zur Berechnung des Krankenkassenbeitrags zugrunde gelegt. Zum 1. Januar 2019 soll der maßgebliche Anteil zur Berechnung der Mindestbemessungsgrundlage vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt werden. Für das Jahr 2018 entspräche

dies einer Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf 1.142 Euro mit einem durchschnittlichen Mindestbeitrag von 171 Euro.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Absenkung der Mindestbeitragsbemessung für Selbstständige als wichtigen Schritt. Seit Jahren weist der SoVD auf die finanziellen Belastungen auf der Ebene der Beitragshöhe für Solo-Selbstständige und andere gering verdienende freiwillig Versicherte sowie auf die damit verbundenen Probleme finanzieller Überforderung hin. In der heutigen Erwerbsrealität ist es nicht mehr der Fall, dass Selbstständige, und besonders Solo-Selbstständige, nur in bestimmten Phasen Einkünfte unterhalb der Mindestbemessungsgrenze erzielen. Vielmehr erwirtschaften sie oft generell nur ein geringes Einkommen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein soziales Sicherungssystem mit einem Solidarausgleich auf Grundlage des sogenannten Solidaritätsprinzips. Wesensmerkmal ist – anders als beim sogenannten Äquivalenzprinzip der privaten Krankenversicherung – ein risikounabhängiger Beitrag für den Krankenversicherungsschutz auf Grundlage der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Die systematische Begünstigung finanziell Schwächerer ist ein wichtiges Ziel und ein überzeugender Vorzug des bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Der SoVD ist der Auffassung, dass sich die Beitragserhebung grundsätzlich an den tatsächlichen Zahlungsmöglichkeiten orientieren muss. Das muss grundsätzlich auch für diese Personengruppe gelten.

c) **Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden**

Mit einem Maßnahmenbündel soll das Problem der hohen Beitragsschulden bei den gesetzlichen Krankenkassen gelöst werden. Im Dezember 2017 beliefen sich diese bei freiwillig Versicherten auf insgesamt 6,3 Mrd. Euro mit einem monatlichen Zuwachs von ca. 120 Mio. Euro. Dies sei auf das Zusammenwirken der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) und der Einstufung zum Höchstbeitrag als Sanktionierungsinstrument bei Nichtmitwirkung zurückzuführen. Zur Lösung wird vorgeschlagen, die Begründung einer freiwilligen Versicherung über die OAV auf Fälle geklärten Aufenthalts zu beschränken, Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften zu schaffen, wenn Mitglieder unauffindbar sind, sowie flexiblere Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbeitrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfestsetzung zu ermöglichen. Zur Reduzierung bereits bestehender Beitragsschulden sollen die Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen. Die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

SoVD-Bewertung: Es ist nachvollziehbar, dass ein Zusammenwirken der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) und der Einstufung zum Höchstbeitrag als Sanktionierungsinstrument bei Nichtmitwirkung für den Anstieg der Beitragsschulden mit verantwortlich ist und die Beitragsschuldenlage weiter verschärft. Die vorgesehenen Änderungen können insgesamt zu einer Klärung und Reduzierung der stark gewachsenen Beitragsschulden beitragen. Dies gilt sowohl für die Mitgliederbestände insgesamt durch Überprüfung der „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften, als auch für den jeweiligen Einzelfall durch die geplanten flexiblen Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbeitrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfestsetzung. Schließlich ist es konsequent und richtig, dass die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden müssen. Die Sondermeldepflicht für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen unterstützt dies.

Die Neuregelung gewährleistet, dass freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig nicht mehr im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann. Mit der Neuregelung wird diesem für alle Bereiche des Sozialrechts grundsätzlich geltenden Territorialitätsprinzip in der Ausprägung als Wohnortprinzip Rechnung getragen. Dies erscheint im Hinblick auf sogenannter "ungeklärt passive" Mitgliedschaften zielführend. Es muss aber sichergestellt werden, dass im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend neu begründet werden kann, sodass für den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt werden kann.

In diesem Zusammenhang begrüßt der SoVD die Verpflichtung der Krankenkassen, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Bedürftigkeit ganz oder teilweise durch Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe übernommen werden. Es ist richtig, dass möglicherweise hilfsbedürftige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst früh und ohne eigene Nachfrage – etwa in Unkenntnis der Rechtslage – über die Ansprüche auf Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) informiert werden und in der Folge entsprechende Ansprüche möglichst frühzeitig geltend machen können. Damit werden weitere Beitragsschulden vermieden und die Versichertengemeinschaft nicht zusätzlich belastet.

d) **Abschmelzen hoher Finanzreserven der Krankenkassen zur Entlastung der Beitragszahler**

Zum Abbau der Überschüsse und Finanzreserven in der Gesundheitsversorgung sieht der Entwurf Neuregelungen für gesetzlich definierte Höchstgrenzen und automatische Abbaumechanismen vor, was sich dämpfend auf die Höhe der Zusatzbeiträge auswirken soll.

Die Finanzreserven der Krankenkassen dürfen zukünftig eine gesetzlich definierte Höchstgrenze nicht mehr überschreiten. Die Obergrenze, wonach Betriebsmittel und Rücklagen das 1,5 fache einer Monatsausgabe einer Kasse nicht übersteigen soll, wird auf das 1,0 fache einer Monatsausgabe abgesenkt und in eine verpflichtende Regelung umgewandelt. Zudem verpflichten Neuregelungen die Krankenkassen, ihre Finanzreserven zugunsten der Mitglieder über die Zusatzbeitragssätze abzubauen, wenn sie die gesetzlich festgeschriebene Obergrenze überschreiten. Hierfür stehen den Kassen drei – in Ausnahmefällen bis zu fünf – Haushaltsjahre zur Verfügung. Sie dürfen ihre Zusatzbeiträge solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten. Sind die Finanzreserven einer Krankenkasse weiterhin zu hoch, sind die Mittel dem Gesundheitsfonds in Höhe des überschrittenen Betrags zuzuführen.

Daneben werden die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds gedeckelt. Zu der bisherigen Regelung einer Mindestreserve von 25 Prozent (2018 rund 4,6 Mrd. Euro) einer Monatsausgabe soll eine Obergrenze von 50 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds eingeführt werden, was 2018 rund 9,5 Mrd. Euro entspricht. Bei Überschreiten dieser Grenze müssen die überschüssigen Finanzmittel schrittweise dem Gesundheitsfonds zugeführt werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD erkennt die Intention des Gesetzgebers, die angesparten Finanzreserven des Gesundheitssystems den Versicherten zugänglich machen zu wollen. Soll dies allein zugunsten niedrigerer Zusatzbeiträge erfolgen, werden damit aus Sicht des SoVD jedoch falsche Anreize gesetzt und verstärkt.

Zwar verfügten die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2017 über erhebliche Finanzreserven. Die Rücklagen sind jedoch äußerst ungleichmäßig verteilt. Der Abbau von Finanzreserven durch Senkung der Zusatzbeiträge würde diejenigen Kassen weiter benachteiligen, die bereits höhere Zusatzbeiträge erheben, obgleich sie bereits mit den Finanzmittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Die Folge wären weiter steigende Zusatzbeiträge und eine Zunahme im Gefälle zwischen den Kassen. Versicherte würden abwandern, die für ihre bisherige Kran-

kenkasse zumeist geringe Kosten verursacht haben, vornehmlich jüngere Versicherte. Dies würde die Situation bei der bisherigen Krankenkasse weiter verschärfen. So würde vornehmlich ein reiner Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt. Die ungleiche Verteilung der Rücklagen ist vielmehr das Ergebnis einer Fehlfunktion des Finanzierungssystems selbst. Notwendig ist darum eine zeitnahe Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Es gilt, Fehlverteilungen von Beitragsmitteln zu vermeiden und Hintertüren zu schließen.

Vorzugswürdiger wäre indes die Investition in spürbare Leistungsverbesserungen, etwa durch Wiederaufnahme von Leistungen, die ausgegliedert oder gekürzt wurden, wie etwa beim Zahnersatz oder Sehhilfen. Dies schafft Anreize für eine Zunahme des Leistungs- und Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Angesichts der kostenintensiven Vorhaben der letzten Legislaturperiode und die im Koalitionsvertrag beschlossenen Reformen dürfte eine Senkung der Zusatzbeiträge auch nur von kurzer Dauer sein. So müssen insbesondere die notwendigen Verbesserungen in der Pflege umgesetzt und finanziert werden.

e) **Bereinigung einer befristeten Sonderregelung für Tagespflegepersonen**

Mit dem Gesetzentwurf soll eine bis zum 31. Dezember 2018 ohnehin befristete Sonderregelung für Tagespflegepersonen bereinigt werden. Bisher ist für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende Kinder in Tagespflege betreut, pauschalierend keine hauptberufliche Selbstständigkeit anzunehmen, um eine beitragsfreie Familienversicherung zu ermöglichen bzw. bei freiwilliger Versicherung nicht die höhere Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige anzuwenden. Für eine Verlängerung der Ausnahmeregelung bestehe laut der Begründung des Gesetzentwurfes keine Notwendigkeit. Mit Wegfall der Sonderregelung würden Tagespflegepersonen künftig als hauptberuflich Selbstständige von der vorgesehenen Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage profitieren und nun auch den gesetzlichen Krankengeldanspruch (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V) wählen können.

SoVD-Bewertung: Der Argumentation des Gesetzentwurfes zur fehlenden Notwendigkeit einer Verlängerung der Ausnahmeregelung kann nicht gefolgt werden. Trotz Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ist mit dem Wegfall der Sonderregelung kaum ein finanzieller Vorteil verbunden, von dem zu profitieren wäre. Vielmehr haben die ehemals beitragsfrei familienmitversicherten Betroffenen künftig mit monatlichen Mindestmehrbelastungen in Höhe des durchschnittlichen Mindestbeitrags von 171 Euro pro Monat (bei einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von 1.142 Euro) zu rechnen.

Auch der Hinweis auf den in der Familienversicherung fehlenden gesetzlichen Krankengeldanspruch geht in diesem Zusammenhang fehl. Zwar haben hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige – anders als Familienversicherte – grundsätzlich die Möglichkeit, die Absicherung mit gesetzlichem Krankengeld wählen zu können (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2). Tagespflegepersonen können jedoch ebenfalls bei der Krankenkasse beantragen, als hauptberuflich selbstständig tätig eingestuft zu werden, um auch eine Krankentagegeldversicherung abschließen zu können.

Zudem hat sich an den Rahmenbedingungen der Privilegierung grundsätzlich nichts geändert. Mit dem Kinderförderungsgesetz vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2403) hat der Gesetzgeber die Sonderregelung mit Befristung bis zum 31. Dezember 2013 geschaffen. Diese Regelungen sollten den Ausbau der Kindertagespflege unterstützen und bis zum Abschluss der Ausbauphase der Kindertagesbetreuung gelten, der bis Ende 2013 erwartet wurde. Im Zusammenhang mit erforderlichen weiteren Ausbauminvestitionen in der Kindertagesbetreuung wurde auch die krankensicherungsrechtliche Sonderregelung fortwährend verlängert, letztmalig durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) bis zum 31.12.2018. Mit dem Gesetz zum weiteren quantitativen und qualitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung (Drucksache 18/11408), das zum 1.1.2017 in Kraft getreten ist, wurde das Investitionsprogramm „Kinderbetreuungsfinanzierung“ für den Zeitraum 2017–2020 abermals verlängert. Vor diesem Hintergrund spricht sich der SoVD dafür aus, die befristete Sonderregelung für Tagespflegepersonen mindestens bis zum 31.12.2020 zu verlängern.

Der Ausbau der Kindertagesbetreuung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Darum muss sichergestellt werden, dass beitragsrechtliche Mindereinnahmen infolge der Privilegierung von Tagespflegepersonen zur Unterstützung der notwendigen weiteren Ausbauphase in der Kindertagesbetreuung allein aus Steuermitteln und nicht zu Lasten der Versichertengemeinschaft finanziert werden.

3 Zusammenfassung

Der SoVD begrüßt die längst überfällige Wiederherstellung der vollen Beitragsparität ausdrücklich und fordert angesichts des obsolet gewordenen Zusatzbeitrags die Einführung eines kassenindividuellen Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung. Außerdem muss das Prinzip der paritätischen Verteilung der Beiträge auch in der Pflegeversicherung (wieder)hergestellt werden. Bei der Absenkung der Beitragbemessung freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter wird einem lange überfälligen Korrekturbedarf nachgekommen. Maßnahmen zur Überprü-

fung und Bereinigung „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften können zur Klärung und Reduzierung von gewachsenen Beitragsschulden beitragen. Mit dem Abbau von Finanzreserven des Gesundheitssystems allein zugunsten niedrigerer Zusatzbeiträge werden jedoch aus Sicht des SoVD falsche Anreize gesetzt und verstärkt. Schließlich spricht sich der SoVD dafür aus, die befristete Sonderregelung für Tagespflegepersonen mindestens bis zum 31.12.2020 zu verlängern.

II. Zum Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP **„Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“**, BT-Drucksache 19/4320

Die Antragsteller fordern im Wesentlichen, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Abs. 4 SGB V auf die Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von derzeit 450 € abzusenken.

SoVD-Bewertung: Grundsätzlich sieht der SoVD Bedarf nach Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze und begrüßt insoweit die mit dem GKV-VEG vorgesehene Absenkung (s.o.). Auch für freiwillig Versicherte muss die Beitragsbemessung grundsätzlich an die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit anknüpfen. Deren Feststellung ist jedoch insbesondere bei Selbstständigen oft problematisch.

Die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf 450 € würde nach Auffassung des SoVD das Solidarprinzip der Krankenversicherung überdehnen. Wenn zunehmende Gruppen auf dieser Basis Mindestbeiträge zahlten, ergäbe sich zwangsläufig eine Unterfinanzierung der GKV, die letztlich von den anderen Mitgliedern durch höhere Beiträge auszugleichen wären. Es kann nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft sein, prekäre Selbstständigkeit zu subventionieren. Im Übrigen würde die Funktion der GKV als Krankenversicherung überstrapaziert: wer seinen notwendigen Lebensunterhalt (inkl. von Beitragslasten) nicht bestreiten kann, hat Ansprüche gegen die Sozialhilfe nach SGB XII. Diese sieht als Hilfe in besonderen Lebenslagen auch die Übernahme notwendiger Beiträge vor.

Vor diesem Hintergrund ist eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze richtig, eine Absenkung auf 450 € allerdings zu weitgehend. Neben der im GKV-VEG vorgeschlagenen Absenkung vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße wären auch die Pfändungsfreigrenze gemäß § 850c ZPO oder eine Bezugnahme auf ein (fiktives) Einkommen bei vollzeitnaher Beschäftigung zum Mindestlohn denkbar.

III. Zum Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
„Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“, BT-Drucksache 19/102

Die Antragsteller fordern im Wesentlichen, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich selbstständig Tätige nach § 240 Abs. 4 SGB V auf die Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von derzeit 450 € abzusenkten.

SoVD-Bewertung: (Siehe Bewertung unter II.)

IV. Zum Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
„Gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019“, BT-Drucksache 19/4244

Die Antragsteller fordern, die Zusatzbeiträge ganz abzuschaffen, die Rücklagen der einiger Krankenversicherungen zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen zu verwenden, Zuzahlungen in der GKV abzuschaffen, den Leistungsumfang der GKV wieder auf alle notwendigen Leistungen auszuweiten, die Mindestbemessung von freiwillig Versicherten auf 450 €/Monat abzusenkten, die Regelung von inaktiven Mitgliedschaften in der GKV auf ehemalige Saisonarbeiter zu beschränken sowie Aktienspekulationen mit Beitragsgeldern zu verbieten.

SoVD-Bewertung: Wie die Antragsteller setzt sich der SoVD für die Stärkung der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Wie die Antragsteller setzt er sich für die Abschaffung des Zusatzbeitrags (siehe oben unter I.2.a) und für die Investition etwaiger hoher Rücklagen in spürbare Leistungsverbesserungen (siehe oben unter I.2.d) ein. Die Senkung der Mindestbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte begrüßt der SoVD im Grundsatz, hält eine Absenkung auf 450 € allerdings für zu weitgehend (siehe oben unter II.). Hinsichtlich der Regelungen zur Bereinigung der Mitgliedsbestände von inaktiven Mitgliedschaften in der GKV auf ehemalige Saisonarbeiter zu beschränken, unterstützt der SoVD das Ansinnen, den ungerechtfertigten Verlust einer Mitgliedschaft zu verhindern. Insofern muss sichergestellt sein, dass, wie in der Gesetzesbegründung zu Nummer 5 (§191) Buchstabe c ausgeführt, gilt:

„Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft nach dem neuen Beendigungstatbestand in Nummer 4 enden, obwohl die oder der Betroffene tatsächlich einen Wohnsitz

oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches hat, geht damit für die Betroffene oder den Betroffenen keine unbillige Härte einher. Ungeachtet der Verletzung ihrer oder seiner Mitwirkungspflichten und ihrer oder seiner insoweit geminderten Schutzwürdigkeit, ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffene oder den Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.“

V. Zum Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Jürgen Braun, Marcus Bühl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
„Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln“,
BT-Drucksache 19/4538

Die Antragsteller fordern die Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur GKV für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln.

SoVD-Bewertung Die schrittweise Anhebung auf „kostendeckende“ Beiträge sieht der SoVD indes kritisch. Wesensmerkmal der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung ist gerade nicht eine kostendeckende Beitragspflicht – anders als in der privaten Krankenversicherung.

Richtig ist, dass die derzeitigen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Beziehenden von ALG II zu niedrig bemessen sind. In der Folge subventioniert die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten die ALG-II-Beziehenden, während sich der Bund auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung entlastet. Der SoVD fordert eine deutliche Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge für ALG-II-Beziehende. Die Bemessungsgrundlage sachgerechter Beiträge sollte 50 Prozent des Durchschnittsverdienstes sein.

Berlin, 28. September 2018

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(4)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -

PpSG


1.10.2018

Stellungnahme zum GKV-VEG



KNAPPSCHAFT

für meine Gesundheit!



Stellungnahme der KNAPPSCHAFT zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

Die Bundesregierung hat mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG) erste Teile der Verabredungen des Koalitionsvertrages, so z. B. die **paritätische Finanzierung**, umgesetzt.

Die **Zusatzbeiträge** sollen ab 2019 paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern bzw. Rentenversicherungsträgern finanziert werden. Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV wird seitens der KNAPPSCHAFT begrüßt. Die Teilhabe am medizinischen Fortschritt wird damit gleichmäßig auf die Schultern von Versicherten und Arbeitgebern bzw. Rentenversicherungsträgern verteilt.

Im geltenden Recht sind die Bezieher einer **ausländischen gesetzlichen Rente** (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V) bei der Bemessung der Beiträge aus diesen Renten den Empfängern einer inländischen Rente im Hinblick auf die Beitragstragung gleichgestellt. Nach den geplanten Neuregelungen ist eine Anpassung an die paritätische Beitragstragung für die Bezieher einer ausländischen Rente nicht vorgesehen mit der Konsequenz, dass der Zusatzbeitragssatz von diesem Personenkreis auch zukünftig in voller Höhe allein zu tragen wäre. Der Grundsatz der Gleichbehandlung macht eine entsprechende Ergänzung des § 247 Satz 2 SGB V erforderlich, analog den Regelungen für die Bezieher einer Rente nach dem ALG (§ 248 Satz 2 SGB V – E).

Die **Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von Selbstständigen/Kleinunternehmern** in der GKV soll gesenkt werden. Die KNAPPSCHAFT begrüßt diese Regelung, die dazu beitragen wird, den Zuwachs der Beitragsschulden wirksam zu bremsen

und gegebenenfalls sogar zurückzuführen. Eine begleitende Einführung einer Versicherungspflicht für den Personenkreis der Selbstständigen würde dazu beitragen, auch besser verdienende Selbstständige solidarisch an der Finanzierung zu beteiligen.

Im Gesundheitsfonds soll eine **Obergrenze für die Mindestrücklage** (Liquiditätsreserve) eingeführt werden. Damit würden überschüssige Finanzmittel im Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zurückfließen und somit für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Die KNAPPSCHAFT begrüßt diese Regelung.

Der Gesetzentwurf sieht **Regelungen zur Abschmelzung von Betriebsmitteln und Rücklagen der Krankenkassen** vor. Die KNAPPSCHAFT qualifiziert dies als Eingriff in die Beitragssatzautonomie der Selbstverwaltung der Krankenkassen und lehnt dies ab. Die Regelung intensiviert den Preiswettbewerb. Vorab müsste zumindest der Wettbewerb zwischen den Kassen chancengleich ausgestaltet werden. Die KNAPPSCHAFT weist deshalb auf die Notwendigkeit der Reform des Morbi-RSA hin. Die beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zeigen hier den richtigen Weg. Allen Kassen sind gleiche Startvoraussetzungen zu bieten, unabhängig davon, welches Alter bzw. welchen Gesundheitszustand ihre Versicherten haben oder wo sie wohnen. Chancengleiche Wettbewerbsbedingungen sind die Basis für eine wettbewerbsgerechte Beitragssatzgestaltung. Wir begrüßen daher die Vorgabe (§ 268 Absatz 5 SGB V), den Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des wissenschaftlichen Beirats bis zum 31. Dezember 2019 weiter zu entwickeln.

Die Regelungen zur **Überprüfung der Mitgliedschaften bei der obligatorischen Anschlussversicherung** sehen die rückwirkende Klärung der Versichertenbestände vor. Ungeklärte „passive“ Mitgliedschaften sind ab dem 1. August 2013 zu bereinigen. Eine Rückzahlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Zeiträume der aufgehobenen Mitgliedschaften ist die Konsequenz. Für die KNAPPSCHAFT ist das Anliegen des Gesetzgebers nachvollziehbar und die vorgeschlagene Regelung wird begrüßt. Um allerdings eine vollumfängliche Bereinigung aller relevanten Sachverhalte sicherzu-

stellen, müssten von der gesetzlichen Regelung auch die Sachverhalte erfasst werden, die dem Grunde nach zu § 188 Absatz 4 SGBV gehören, aber von verschiedenen Krankenkassen unter § 9 SGB V erfasst wurden. Hierfür wird eine klarstellende Benennung der nach § 9 SGB V freiwillig versicherten Mitglieder im Gesetz für erforderlich erachtet, wodurch auch für diesen Personenkreis eine umfassende Prüfung dieser Versicherungsverhältnisse und deren Bereinigung erfolgt.

Die Regelung für ehemalige **Soldatinnen und Soldaten auf Zeit**, einen einheitlichen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Erweiterung des Beitrittsrechts zur freiwilligen Versicherung zu gewährleisten, wird seitens der KNAPPSCHAFT begrüßt.

Um die Entlastung der Versicherten konsequent voran zu bringen fehlt die im Koalitionsvertrag vereinbarte schrittweise Einführung **kostendeckender Beiträge für ALG II Bezieher**. Die KNAPPSCHAFT würde eine Aufnahme in den vorliegenden Gesetzentwurf begrüßen.



Gerd Jockenhöfer
Abteilungsleiter
Kunden- und Leistungsmanagement
in der Krankenversicherung

Bei Rückfragen:
Telefon 0234 304-10000
<mailto:gerd.jockenhoefer@kbs.de>

Dieter Castrup
Abteilungsleiter
Vertrags- und Versorgungsmanagement
in der Kranken- und Pflegeversicherung

0234 304-87000
<mailto:dieter.castrup@kbs.de>

www.knappschaft.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(5)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 01.10.2018

**zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE
"Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig
Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102)
und "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Kranken-
versicherung im Jahr 2019" (19/4244)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Antrag "Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102)	3
II. Antrag "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019" (Bundestagsdrucksache 19/4244).....	6

I. Antrag "Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102)

Der Antrag verfolgt erstens das Ziel, für freiwillige Mitglieder der GKV mit einem niedrigen Einkommen eine erhebliche Reduzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu erreichen. Hierfür sollen die bisherigen Mindestbemessungsgrundlagen für freiwillig Versicherte auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze von derzeit 450 Euro abgesenkt werden. Zweitens sollen freiwilligen Mitgliedern diejenigen Beitragsschulden erlassen werden, die „im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen nach § 240 Absatz 4 SGB V bis zu dieser Neureglung entstanden sind.“ Drittens soll der für versicherungspflichtige Studierende geltende Beitragssatz so weit abgesenkt werden, dass sich eine Beitragsbelastung ergibt, die dem neuen reduzierten Mindestbeitrag der freiwilligen Mitglieder entspricht.

1 Beitragsbemessung und Schuldenerlass bei freiwillig Versicherten

Nach geltendem Recht richtet sich die Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung grundsätzlich nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Damit sind zunächst die tatsächlich vorhandenen beitragspflichtigen Einkünfte des Mitglieds gemeint. Unterschreiten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten jedoch einen bestimmten Wert (als Mindestbemessungsgrundlage bezeichnet), wird der Unterschied zwischen den tatsächlichen Einnahmen und der Mindestbemessungsgrundlage als Fiktion eines beitragspflichtigen Einkommens zugrunde gelegt. Hierbei unterscheidet § 240 Absatz 4 SGB V zwischen der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige einerseits und der Mindestbemessungsgrundlage für alle übrigen freiwilligen Mitglieder andererseits. Die allgemeine Mindestbemessungsgrundlage beträgt für den Kalendertag den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.015,00 Euro monatlich). Für hauptberuflich Selbstständige gilt mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag (2018: 2.283,75 Euro monatlich). Unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. bei Existenzgründern) wird die Mindestbemessungsgrundlage auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro monatlich) reduziert.

Die Fraktion DIE LINKE möchte die Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwilligen Mitglieder der GKV einheitlich auf das Geringfügigkeitsniveau absenken. Damit entfielen zugleich die gegenwärtig geltende Differenzierung der Mindestbemessungsgrundlagen zwischen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen und den sonstigen Gruppen der freiwilligen Mitglieder. Gleichzeitig

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE "Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102) und "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019" (19/4244)

Seite 4 von 9

soll mit der Absenkung der Mindestbemessungsgrenze für alle Betroffenen ein Beitragsschulden-schnitt durchgeführt werden.

Mit Blick auf veränderte Lebens- und Einkommenslagen zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger ist die sozialpolitische Intention des Antrags grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die konkret vorgeschlagene Lösung aber nicht sachgerecht.

Die offenbar zugrundeliegende Anleihe an der unteren Versicherungspflichtgrenze für abhängig Beschäftigte geht unseres Erachtens fehl. Während es bei der Höhe der Geringfügigkeitsgrenze um die Feststellung der Versicherungspflicht und damit einhergehend um die Frage der Einbeziehung nur geringfügig Beschäftigter in den Kreis der vom Gesetzgeber als schutzbedürftig im Sinne der Sozialversicherung definierten Arbeitnehmer geht, steht bei der Bestimmung der Höhe der Mindestbemessungsgrenze für freiwillige Mitglieder der GKV primär der Schutz der Solidargemeinschaft, respektive die Sicherstellung versicherungsadäquater Beiträge, im Fokus. Solange die freiwilligen Mitglieder – anders als Pflichtmitglieder – unter anderem auch aus finanziellen Gründen frei wählen dürfen, ob sie dem System der GKV oder der PKV angehören, muss die Höhe des Mindestbeitrages sicherstellen, dass ein vertretbarer Ausgleich von Leistung und Gegenleistung bei freiwilligen Mitgliedern erreicht wird. Die Zusammenführung einer Vielzahl von gesetzlich als schutzbedürftig definierten versicherungspflichtigen Personengruppen mit der Gruppe der freiwillig Versicherten in einer Versichertengemeinschaft erfordert Vorkehrungen, die verhindern, dass größere individuelle Wahlfreiheiten individuelle strategische Entscheidungen ermöglichen, die im Ergebnis die primär von Pflichtversicherten getragenen Solidargemeinschaften belasten. Entsprechend müssen auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts freiwillig versicherte Mitglieder im Durchschnitt selbst ausgabendeckend verbeitragt werden. Den freiwillig Versicherten sollen also nicht zu Lasten der Pflichtversicherten unverhältnismäßig niedrige Beitragskonditionen eingeräumt werden, sodass sie in der Folge die Solidargemeinschaft der – primär pflichtversicherten – Beitragszahler belasten. Bereits der aktuell erhobene Mindestbeitrag liegt erheblich unterhalb der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der GKV. Eine weitere Reduzierung der Mindestbemessungsgrenze wäre mit den auch vom Bundessozialgericht dargelegten Grundsätzen zur sachgerechten Lastenverteilung zwischen den pflicht- und freiwillig versicherten Mitgliedern kaum in Einklang zu bringen.

Sofern die Beitragserhebung auf der Grundlage eines fiktiven Mindesteinkommens für ein einzelnes Mitglied eine besondere finanzielle Härte bedeutet, sind im geltenden Sozialrecht rechtliche Mechanismen zur Milderung solcher Sachverhalte vorgesehen. Insbesondere sind die Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach Maßgabe des § 32 SGB XII für hilfebedürftige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet. Hier –

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE "Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102) und "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019" (19/4244)

Seite 5 von 9

durch wird eine gerechtere Verteilung der Lasten zwischen der Solidargemeinschaft der Beitragszahler einerseits und der Steuerzahler andererseits im Rahmen der staatlichen Fürsorgeverpflichtung erreicht. Die Absenkung der Mindestbemessungsgrenze für freiwillige Mitglieder auf das Geringfügigkeitsniveau würde diese Balance verletzen und in der Konsequenz einen „Verschiebebahnhof“ zu Lasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahler darstellen.

Die Forderung nach einer einheitlichen Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten auf dem Niveau der Geringfügigkeitsgrenze wird daher abgelehnt. Entsprechend wird auch die abgeleitete Forderung nach einem partiellen Schuldenerlass für diejenigen Forderungen, die aus den gegenwärtig höheren Mindestbemessungsgrundlagen resultieren, abgelehnt. Hier ist zudem anzumerken, dass ein allgemeiner Schuldenerlass mit Blick auf die zahlreichen Mitglieder, die trotz niedriger Arbeitseinkommen und z. T. erheblicher Zahlungsschwierigkeiten ihren Beitragsverpflichtungen über die Jahre nachgekommen sind, erhebliche Ungerechtigkeiten birgt.

2 Krankenversicherung der Studenten

Die dritte Forderung des Antrags zielt auf den versicherungspflichtigen Personenkreis der an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebenen Studentinnen und Studenten (§ 5 Absatz 1 Nr. 9 SGB V). Es wird gefordert, dass für diesen Personenkreis der Beitragssatz so angepasst wird, dass sich eine Beitragsbelastung auf dem Niveau der Verbeitragung der angestrebten Mindestbemessungsgrenze von 450 Euro im Monat für freiwillige Mitglieder ergibt.

Nach geltendem Recht gilt für Studierende (sowie für versicherungspflichtige Praktikanten) als Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der monatliche BAföG-Bedarfssatz für Studierende, die nicht bei ihren Eltern wohnen (2018: 649 Euro monatlich). Unter Anwendung des für diesen Personenkreis nach § 245 SGB V reduzierten Beitragssatzes von derzeit 10,22 % (statt 14,6 %) ergeben sich monatliche Krankenversicherungsbeiträge von 66,33 Euro und Pflegeversicherungsbeiträge von 18,17 Euro (zusammen 84,50 Euro). Hinzuzurechnen ist in der Krankenversicherung der kassenindividuelle Zusatzbeitrag; in der Pflegeversicherung mindert sich der Beitrag wie bei allen anderen Mitgliedern, wenn die Studierenden bereits Kinder haben.

Für Studierende, die "BAföG" beziehen und die zugleich beitragspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung sind, erhöht sich die BAföG-Leistung um 86 Euro monatlich. Soweit Anspruch auf BAföG-Förderung besteht, wird also der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung weitgehend durch den Beitragszuschuss refinanziert.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE "Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102) und "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019" (19/4244)

Seite 6 von 9

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes bildet der Bafög-Bedarfssatz angemessen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit dieser Mitgliedergruppe ab. Die Anwendung von nur $\frac{7}{10}$ des allgemeinen Beitragssatzes stellt bereits eine erhebliche Begünstigung der Studierenden in der Beitragsbemessung gegenüber den übrigen Versichertengruppen dar. Darüber hinaus profitieren insbesondere die Studierenden vom System der solidarischen Krankenversicherung, da vor allem Studentinnen und Studenten – soweit die Eltern gesetzlich versichert sind – den Anspruch auf die beitragsfreie Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres ausschöpfen können.

Der GKV-Spitzenverband hält den gegebenen Rahmen der Beitragsbemessung für Studierende insgesamt für angemessen und sozial ausgewogen. Die Notwendigkeit einer weiteren Besserstellung der Studierenden zu Lasten der übrigen Versichertengruppen wird daher nicht gesehen.

II. Antrag "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019" (Bundestagsdrucksache 19/4244)

Mit dem Antrag fordert die LINKE die Bundesregierung auf, Regelungsvorschläge vorzulegen zur

1. Abschaffung der Zusatzbeiträge,
2. Verwendung der Rücklagen der Krankenkassen für Leistungsverbesserungen anstelle von Beitragssenkungen,
3. Abschaffung von Zuzahlungen und der Erweiterung des Leistungskatalogs,
4. Schaffung einer einheitlichen Mindestbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte von 450 Euro im Monat sowie eines Schuldenschnitts für die von den bislang höheren Mindestbemessungsgrenzen betroffenen Versicherten,
5. Sicherstellung des Krankenversicherungsschutzes von nicht erwerbstätigen EU-Bürgern und Sozialhilfebeziehern sowie zum
6. Verbot der Anlage von Beitragsmitteln in Aktien.

Der GKV-Spitzenverband nimmt hierzu wie folgt in Kürze Stellung.

- Ad 1. Der GKV-Spitzenverband tritt insgesamt für eine wettbewerblich ausgerichtete gesetzliche Krankenversicherung ein, zu der auf der Angebotsseite der Krankenkassen u.a. der „Preis“ als Wettbewerbsparameter gehört. Die Abschaffung jedweder kassenspezifischen Beitragsdifferenzierung lehnt der GKV-Spitzenverband insoweit ab. Ein GKV-einheitlicher

Beitragssatz ohne ein kassenspezifisches Finanzierungsinstrument nähme den Krankenkassen die Finanzautonomie und entzöge dem GKV-System wichtige ökonomische Anreize zum wirtschaftlichen Handeln.

Allerdings spricht sich der GKV-Spitzenverband gegen eine einseitige Ausrichtung des GKV-Wettbewerbs auf den Beitragssatzwettbewerb aus. So hat der GKV-Spitzenverband etwa die mit dem GKV-FQWG eingeführten besonderen Hinweispflichten kritisiert, die die Krankenkassen verpflichten, im Falle der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes – neben der notwendigen Information der Mitglieder über das bestehende Sonderkündigungsrecht – zugleich auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes und, soweit die jeweilige Krankenkasse einen höheren als den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz erhebt, auf das Bestehen günstigerer Krankenkassen hinweisen zu müssen. Diese verschärften Hinweispflichten werden weiterhin abgelehnt, weil sie den Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen einseitig auf den Preiswettbewerb ausrichten und damit den anzustrebenden Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung konterkarieren.

Der Wettbewerb in der Krankenversicherung sollte demgegenüber auf der Nachfrageseite der Krankenkassen intensiviert werden. Die Krankenkassen benötigen hierfür mehr wettbewerbliche und damit selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten im Verhältnis zu den Leistungserbringern.

- Ad 2. Der GKV-SV lehnt die im Entwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vorgesehene gesetzliche Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die diese neue Obergrenze übersteigen, als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab. Der Vorstellung, dass die bei einzelnen Krankenkassen als „überschüssig“ definierten Finanzreserven alternativ gezielt über eine Ausweitung der gesetzlichen Leistungsansprüche der Versicherten abgebaut werden könnten, kann nicht gefolgt werden. Die Ausweitung gesetzlicher Leistungsansprüche belastet alle Krankenkassen gleichermaßen in Abhängigkeit von der Risikostruktur ihrer Mitglieder, also auch diejenigen Krankenkassen, die mit ihren Reserven die neu vorgesehene Obergrenze nicht übersteigen.
- Ad 3. Als Finanzierungsinstrument erbringen die gesetzlichen Zuzahlungen ein Volumen von rd. 4 Mrd. Euro, die folglich nicht über Beiträge, Zusatzbeiträge oder Bundesmittel finanziert werden müssen. Die finanziellen Lasten der Versicherten werden durch gesetzliche Ausnahmeregelungen sozial flankiert. Zuzahlungen werden begrenzt durch die Freistellung

der Kinder von der Zuzahlung (Ausnahme Fahrtkosten), die allgemeine Belastungsgrenze von 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und die auf 1 Prozent geminderte Belastungsgrenze für chronisch kranke Versicherte. Die normative Bewertung der sozialen Angemessenheit der gegebenen Zuzahlungsregelungen inklusive der Ausnahmeregelungen ist Grundlage für die konkrete gesetzliche Ausgestaltung des Finanzierungsmix der gesetzlichen Krankenversicherung aus Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber, Bundesmitteln und Eigenbeteiligungen der Patienten und damit originäre Aufgabe des Gesetzgebers.

- Ad 4. Zur Reduzierung der Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder und zum Schuldenschnitt wird auf die Stellungnahme zum Antrag 19/102 unter I. verwiesen.
- Ad 5. Die Forderung zielt auf eine Präzisierung des im Rahmen des Entwurfs des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vorgesehenen Verfahrens der Bereinigung der Mitgliederbestände (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18; Artikel 1 Nummer 12). Danach werden die Krankenkassen verpflichtet, alle Versicherungsverhältnisse in Gestalt einer sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, keine Beiträge gezahlt wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Es wird die Gefahr gesehen, dass infolge dieses Verfahrens bestimmte Personengruppen – genannt werden nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger sowie Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe – ihren Versicherungsschutz verlieren könnten. Diese Befürchtung ist jedoch unbegründet.

Das geplante Verfahren beinhaltet zwei Schutzmechanismen für die Versicherten. So werden zum einen keine Versicherungsverhältnisse aufgehoben, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds in Deutschland in der Vergangenheit festgestellt wurde. Und zum anderen wird in den Fällen, in denen der Wohnsitz des Mitglieds in Deutschland der Krankenkasse erst nach der Aufhebung der Mitgliedschaft bekannt wird, der notwendige Krankenversicherungsschutz im Wege der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bei Mitwirkung des Mitglieds rückwirkend wiederhergestellt. Diese Grundsätze gelten einheitlich für alle – dem deutschen Recht unterliegenden – Mitgliedergruppen, und somit auch für die angesprochenen Sozialhilfeempfänger.

Die Frage des Krankenversicherungsschutzes für nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger steht in keiner Verbindung mit der hier zur Diskussion stehenden Regelung der

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE "Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten" (Bundestagsdrucksache 19/102) und "Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019" (19/4244)

Seite 9 von 9

Bereinigung der Mitgliederbestände. Diese Personen haben kein Zugangsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung über die freiwillige Mitgliedschaft oder über die Auffang-Versicherungspflicht, weil für sie die Wohnortnahme in Deutschland nach § 4 FreizügG/EU die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes voraussetzt.

Ad 6. Ein generelles Verbot der Anlage von Beitragsmitteln in Aktien ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht. Mit Blick auf den langen Zeithorizont der Geldanlagen, die die Krankenkassen im Rahmen ihrer Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden haben, hat der GKV-Spitzenverband die mit dem Entwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vorgesehene Erhöhung der Aktienquote von 10 Prozent auf 20 Prozent begrüßt. Zur Begründung wird auf die hierzu abgegebene Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 des GKV-VEG-Entwurfs verwiesen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(6)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 01.10.2018

**zum Antrag der Fraktion der FDP
"Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für
freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige"
(Bundestagsdrucksache 19/4320)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Antragsgegenstand	3
II. Stellungnahme zum Antrag.....	4

I. Antragsgegenstand

Der Antrag verfolgt im Wesentlichen die Zielsetzung, für den Personenkreis der freiwillig in der GKV versicherten hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen mit einem niedrigen Einkommen eine erhebliche Reduzierung der Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – und in der Folge auch zur sozialen Pflegeversicherung – zu erreichen. Hierfür soll die Mindestbemessungsgrundlage für diesen Personenkreis auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze abgesenkt werden.

Nach geltendem Recht richtet sich die Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung grundsätzlich nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Damit sind zunächst die tatsächlich vorhandenen beitragspflichtigen Einkünfte des Mitglieds gemeint. Unterschreiten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten jedoch einen bestimmten Wert (als Mindestbemessungsgrundlage bezeichnet), wird der Unterschied zwischen den tatsächlichen Einnahmen und der Mindestbemessungsgrundlage als Fiktion eines beitragspflichtigen Einkommens zugrunde gelegt. Hierbei unterscheidet § 240 Absatz 4 SGB V zwischen der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige einerseits und der Mindestbemessungsgrundlage für alle übrigen freiwilligen Mitglieder andererseits. Die allgemeine Mindestbemessungsgrundlage beträgt für den Kalendertag den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.015,00 Euro monatlich). Für hauptberuflich Selbstständige gilt mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag (2018: 2.283,75 Euro monatlich). Unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. bei Existenzgründern) wird die Mindestbemessungsgrundlage auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro monatlich) reduziert.

Mit Blick auf veränderte Lebens- und Einkommenslagen zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger ist die sozialpolitische Intention des Antrages grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes widerspricht die konkret vorgeschlagene Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage ausschließlich für diesen Personenkreis allerdings den Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung der GKV durch versicherungsberechtigte Mitglieder.

Des Weiteren verfolgt der Antrag das Ziel, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der versicherungspflichtigen Studentinnen und Studenten zu reduzieren.

II. Stellungnahme zum Antrag

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

Kernforderung des Antrags ist die Absenkung der für den Personenkreis der freiwillig gesetzlich versicherten hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen geltenden Mindestbemessungsgrenzen nach § 240 Absatz 4 Satz 2 SGB V auf die Geringfügigkeitsgrenze von aktuell 450 Euro monatlich (Forderung Nr. 1 des Antrags). Hinsichtlich der Mindestbemessungsgrundlage der übrigen freiwilligen Mitglieder wird im Antrag keine Aussage getroffen. Für die übrigen freiwilligen Mitglieder bliebe damit die für sie geltende Mindestbemessungsgrenze nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V unverändert und das bisherige Verhältnis, wonach die Mindestbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige deutlich höher angesetzt wird als die Mindestbemessungsgrenze für die sonstigen freiwilligen Mitglieder, würde umgekehrt.

Die gesetzgeberische Umsetzung des Antrags verletzt damit in der Konsequenz die Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung der GKV. Die aktuell geltende Differenzierung der Mindestbemessungsgrenzen ist dem Umstand geschuldet, dass die Beitragsbemessung bei Selbstständigen nicht wie bei anderen Versicherten am Bruttoeinkommen, sondern an dem um die Betriebsausgaben bereinigten einkommensteuerrechtlich relevanten Gewinn aus selbstständiger Erwerbstätigkeit (also dem Nettoprinzip folgend) anknüpft. Dieser Umstand besteht unverändert fort und hat sich auch nicht als eine mögliche Folge der durchaus zu beobachtenden Veränderungen der strukturellen Bedingungen selbstständiger Erwerbstätigkeiten sowie ihrer Ausgestaltungen verändert. Angesichts der bestehenden steuerrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten bedarf es vor dem Hintergrund des geltenden Nettoprinzips bei der Gewinnermittlung aus Sicht der Solidargemeinschaft eines wirksamen Korrektivs in der Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen. Letztlich dient es der innerhalb der Solidargemeinschaft der GKV anzustrebenden Beitragsgerechtigkeit, wenn für hauptberuflich Selbstständige der sich aus den steuerrechtlichen Abzugsmöglichkeiten ansonsten ergebende Vorteil durch die Festsetzung einer besonderen Mindestbemessungsgrenze ausgeglichen wird. Dabei gilt es auch zu beachten, dass hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige mit niedrigen Arbeitseinkommen nach der normativen Entscheidung des Gesetzgebers nicht als gleichermaßen schutzbedürftig eingestuft werden wie abhängig Beschäftigte mit vergleichbaren Arbeitsentgelten, ihnen daher im Unterschied zu den Versicherungspflichtigen auch die Option einer privaten Absicherung und damit eine individuelle Kosten-Nutzen-Abwägung zwischen den Versicherungssystemen eröffnet ist.

Der vorliegende Änderungsantrag ist im Kontext des alternativen Lösungsansatzes zu bewerten, der im Rahmen des Entwurfes des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) verfolgt wird (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18; Artikel 2 Nummer 3). Darin ist eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen. Nach dem dargelegten Bewertungsmaßstab favorisiert der GKV-Spitzenverband den im Gesetzentwurf des GKV-VEG enthaltenen alternativen Lösungsansatz. Zwar wird mit diesem den vorgenannten Unterschieden in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nur noch in geringem Maße Rechnung getragen, aber es wird grundsätzlich an der Systematik einer höheren Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige festgehalten. Der GKV-Spitzenverband hat seinerseits vorgeschlagen, für alle hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro im Monat) zu bestimmen. Zu diesem Vorschlag wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des GKV-VEG verwiesen.

Der unter Nr. 2 des Antrags formulierte Vorschlag, wonach die Beitragsbemessung nach den tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erfolgen solle, soweit die Einnahmen zwischen der jeweils geltenden Mindestbemessungsgrundlage und der Beitragsbemessungsgrenze liegen, entspricht bereits dem geltenden Recht.

Die unter Nr. 3 des Antrags vorgebrachte Forderung nach einer rückwirkenden Nachweisführung der beitragspflichtigen Einnahmen anhand der Einkommensteuerbescheide der jeweiligen Kalenderjahre ist aus diesseitiger Sicht ebenfalls entbehrlich. Das geforderte Verfahren wurde bereits mit Wirkung ab 1. Januar 2018 mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) eingeführt.

Krankenversicherung der Studenten

Die Forderung unter Nr. 4 des Antrags zielt auf den versicherungspflichtigen Personenkreis der an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebenen Studentinnen und Studenten (§ 5 Absatz 1 Nr. 9 SGB V). Diesseitig wird die Forderung der FDP so verstanden, dass auch für diesen Personenkreis die Beitragsbemessung auf Grundlage der Geringfügigkeitsgrenze von derzeit 450 Euro im Monat erfolgen sollte.

Nach geltendem Recht gilt für Studierende (sowie für versicherungspflichtige Praktikanten) als Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der monatliche BA-

föG-Bedarfssatz für Studierende, die nicht bei ihren Eltern wohnen (2018: 649 Euro monatlich). Hieraus ergeben sich monatliche Krankenversicherungsbeiträge von 66,33 Euro und Pflegeversicherungsbeiträge von 18,17 Euro (zusammen 84,50 Euro). Hinzuzurechnen ist in der Krankenversicherung der kassenindividuelle Zusatzbeitrag; in der Pflegeversicherung mindert sich der Beitrag wie bei allen anderen Mitgliedern, wenn die Studierenden bereits Kinder haben.

Für Studierende, die "BAföG" beziehen und die zugleich beitragspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung sind, erhöht sich die BAföG-Leistung um 86 Euro monatlich.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes bildet der heutige Bedarfssatz angemessen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit dieser Mitgliedergruppe ab. Soweit Anspruch auf BAföG-Förderung besteht, wird zudem der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung weitgehend durch den Beitragszuschuss refinanziert.

Darüber hinaus profitieren insbesondere die Studierenden vom System der solidarischen Krankenversicherung, da vor allem Studentinnen und Studenten – soweit die Eltern gesetzlich versichert sind – den Anspruch auf die beitragsfreie Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres ausschöpfen können.

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(7)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG

1.10.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 01.10.2018

**zum Antrag der Fraktion der AfD
"Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur
gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher
von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln"
(Bundestagsdrucksache 19/4538)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



I. Antragsgegenstand

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem sichergestellt wird, dass die Unterdeckung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) innerhalb der nächsten zehn Jahre vollständig vom Bund ausgeglichen wird.

II. Stellungnahme zum Antrag

Zur Frage der Beitragszahlungen des Bundes für gesetzlich versicherte Bezieherinnen und Bezieher von ALG II hat sich der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vor der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag wie folgt positioniert (Positionspapier vom 28. Juni 2018, Seite 18):

Beitragsgerechtigkeit erfordert, dass sich der Bund in allen Fällen der Beauftragung der Krankenkassen mit gesamtgesellschaftlichen, originär staatlichen Aufgaben unverändert seiner Finanzverantwortung stellt. Dies gilt auch im Hinblick auf die gesetzlich versicherten Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Sicherung des Lebensunterhalts Bedürftiger obliegt originär den staatlichen Trägern der Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung. Bestandteil der Sicherung des Existenzminimums ist die notwendige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung. Zur Sicherung des Lebensunterhalts wird an erwerbsfähige Leistungsberechtigte Arbeitslosengeld II als steuerfinanzierte staatliche Fürsorgeleistung gezahlt; Hilfen zur Gesundheit zählen nicht zu den Leistungen der Grundsicherung. Stattdessen wurde der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Schaffung einer gesetzlichen Versicherungspflicht die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung übertragen. Dies kommt einer Beauftragung der Krankenkassen gleich und darf nicht mit einer Lastverschiebung vom Bund auf die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten einhergehen. Die gegenwärtig gezahlte Monatspauschale von rund 97 Euro ist nicht annähernd ausgabendeckend. Den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung werden vom Staat erhebliche finanzielle Lasten in Milliardenhöhe aufgebürdet. Der GKV-Spitzenverband fordert daher die Zahlung angemessener Beiträge für die gesetzlich versicherten ALG-II-Beziehenden durch den Bund.

Diese Positionierung gilt unverändert fort; im Übrigen wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (Bundestagsdrucksache 19/4454) verwiesen.



Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Die BAGFW bewertet den Gesetzentwurf überwiegend positiv. Er ist von dem Ziel getragen, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung so zu gestalten, dass sie für die abhängig beschäftigten Versicherten insgesamt, aber auch speziell für selbstständig tätige Versicherte mit niedrigem Einkommen keine unzumutbare Belastung darstellen. Allerdings geben wir zu bedenken, dass möglicherweise durch eine umfangreiche Beitragsentlastung und die Reduzierung der Finanzreserven der Krankenkassen der zukünftige Gestaltungsspielraum für kommende Aufgaben zu sehr eingeeengt wird.

Für Selbstständige mit geringem Einkommen senkt die Neuregelung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht nur den Mindestbeitragssatz. Sie trägt auch zu einem Abbau von Vorbehalten der obligatorischen Versicherung in der Sozialversicherung bei, die durch die bisherige, für schwierige Phasen der Selbstständigkeit belastende Regelung entstanden waren. Aus Sicht der BAGFW kann und muss die Beitragsneugestaltung für Selbstständige in der Krankenversicherung als erster Baustein des Maßnahmenpaketes gewertet werden, das für die Sozialversicherung Selbstständiger im Koalitionsvertrag angekündigt ist: Die Einbeziehung von Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit in die gesetzliche Rentenversicherung ist der zweite - nicht weniger wichtige - Schritt. Erst gemeinsam können beide Elemente dazu beitragen, das System der gesetzlichen Sozialversicherung auf die Realität hybrider Erwerbsverläufe auszurichten - neben dem Schutz im Krankheitsfall ist die Absicherung im Alter ein unverzichtbarer Bestandteil eines sozialen Sicherungssystems. Beides muss zusammen so ausgestaltet werden, dass Phasen der Selbstständigkeit nicht zu Beitragsausfall oder zu Lücken im Versicherungsverlauf führen.

B. Zu den Neuregelungen im Einzelnen

1. Paritätische Finanzierung (§ 249 SGB V)

Steigende Ausgaben, die durch Leistungsverbesserungen, den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt bedingt sind, sollten aus Sicht der BAGFW nicht einseitig und unbegrenzt die Arbeitnehmer/innen belasten. Dies hätte eine Aushöhlung des solidarischen Versicherungsschutzes, der ein konstitutives Element des deutschen Sozialstaates ist, zur Folge. Zudem profitieren auch die Arbeitgeber von der Gesunderhaltung der Arbeitnehmer/innen, weshalb diese auch in längerfristiger Perspektive angemessen an den Kosten zu beteiligen sind. Arbeitgeber/innen haben wie Arbeitnehmer/innen ein Interesse, unvermeidbare Beitragssatzsteigerungen in der GKV zu vermeiden. Dieses Interesse sollte durch eine paritätische Beteiligung an zukünftigen Kostensteigerungen aufrechterhalten werden. Somit wird die paritätische Finanzierung als Stellungnahme der (BAGFW) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

wichtiges Steuerungselement der Finanzierung der GKV erachtet. Insbesondere Beziehender/innen niedriger Einkommen werden durch die paritätische Finanzierung spürbar entlastet. Die BAGFW begrüßt daher nachdrücklich die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, indem der kassenindividuelle Zusatzbeitrag künftig hälftig von Arbeitnehmer/innen und Arbeitgebern getragen werden soll.

Folgerichtig ist auch die Übertragung der Regelung über die paritätische Finanzierung für gesetzlich Versicherte auf die Gruppe derjenigen, die sich wegen des Überschreitens der Jahresentgeltgrenze privat versichern und entsprechend hälftige Arbeitgeberzuschüsse erhalten (§ 257 Abs. 2).

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige (§ 240 SGB V)

§ 240 Abs. 1: Nachweis beitragspflichtiger Einnahmen: Fristverlängerung

Die neue Vorschrift ermöglicht freiwillig gesetzlich versicherten Mitgliedern, ihre Beiträge durch den Nachweis von geringeren Einkünften zu reduzieren, rückwirkend ab Festsetzung durch die Krankenkasse auf den Höchstbetrag für 12 Monate.

Beitragsschulden, die nicht den tatsächlichen Einkommensverhältnissen des jeweiligen Versicherten entsprechen, sondern durch nicht erfolgten Nachweis und folglich Festsetzung des Höchstbetrags entstanden sind, machten im Jahr 2017 ca. 6,3 Milliarden Euro aus. Die beiden vorgesehenen Neuregelungen dienen dem Abbau solcher ‚fiktiven‘ Beitragsschulden bzw. der Entlastung von Selbstständigen und sind deshalb zu begrüßen. Insbesondere hilfreich für die Betroffenen sind die zeitliche Flexibilisierung der Nachweismöglichkeiten und der Bezug auf Indizien zur Schutzbedürftigkeit, die bereits durch Sozialleistungsansprüche im Rahmen anderer Sozialgesetzbücher bestehen.

Wir erlauben uns jedoch folgenden Hinweis: Im Referentenentwurf wurde vorgeschlagen, auf die rückständigen Beiträge keinen Säumniszuschlag zu erheben. Im Gesetzentwurf wird nun jedoch ein Säumniszuschlag „im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung“ vorgeschlagen. Wir vermuten, dass es sich bei der Formulierung um ein Versehen handelt. Tatsächlich will der Gesetzgeber den Versicherten bei Neufestsetzung nicht mit Säumniszuschlägen belasten. Das würde der Intention des Gesetzes entsprechen, die Mitwirkung des Mitglieds bei Einkommensnachweisen zu honorieren.

Insofern wäre es nur folgerichtig, wenn der Gesetzestext wie folgt formuliert wird:

„Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung nicht.“

§ 240 Abs. 4: Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Nach derzeitiger Gesetzeslage zahlen hauptberuflich Selbstständige ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage entspricht bisher dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Der Gesetzentwurf schlägt vor, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf den 80. Teil der Bezugsgröße zu halbieren, um Kleinunternehmer/innen vor finanziellen Überforderungen zu schützen. Damit verringert sich auch der Mindestbeitrag um die Hälfte. Die Absen-

kung des Mindestbeitrags war aus unserer Sicht überfällig, denn die Gruppe der geringverdienenden Kleinunternehmer/innen ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. Durch die Digitalisierung haben sich zusätzlich viele Menschen in hybrider prekärer Selbstständigkeit, z.T. mit kleinen Start-ups zur Entwicklung von Software oder als Anbieter von Diensten über digitale Plattformen selbstständig gemacht. Finanziell sind diese Formen der Selbstständigkeit häufig wenig auskömmlich, erst recht nicht, wenn privat für die Kranken- und Alterssicherung vorgesorgt werden muss. Im Gegensatz zu Arbeitnehmer/innen, deren Krankenkassenbeiträge zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen werden, tragen Selbstständige zudem die volle Beitragslast. Daher bewertet es die BAGW als einen wichtigen Schritt, dass diese Gruppe von Kleinunternehmer/innen bei der Beitragszahlung zur Krankenversicherung entlastet wird.

Wir geben allerdings zu bedenken, dass sich für die Gruppe derjenigen, die knapp über 425 Euro verdienen, ergeben kann, dass sie mindestens ein Drittel ihres Einkommens für die Krankenversicherung entrichten müssen. Hier muss es Regelungen zur einkommensabhängigen Beitragsanpassung geben.

Im vorliegenden Entwurf wird zudem ausschließlich die Beitragsentlastung bei der Krankenversicherung in den Blick genommen. Die BAGFW weist aber nachdrücklich darauf hin, dass die Situation der Selbstständigen im Gesamtzusammenhang von Kranken- und Rentenversicherung zu betrachten ist und die auskömmliche soziale Absicherung für Selbstständige mit niedrigen Einkommen und Gründer/innen auch durch die Einbeziehung von Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung zu gestalten ist. Die Bundesregierung plant ausweislich des Koalitionsvertrages die Einführung einer Rentenversicherungspflicht für Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, da viele Selbstständige durch eine unzureichende finanzielle Absicherung im Vergleich zu Beschäftigten überdurchschnittlich auf Leistungen der Grundsicherung im Alter angewiesen sind, weil sie weder eine gesetzliche noch eine ausreichende (insolvenzgeschützte) private Vorsorge betrieben haben. Dieser Zustand ist nicht tragbar.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden (§§ 188, 191, 323 SGB V)

Der Gesetzentwurf enthält umfangreiche Vorschläge zur Lösung der Problematik der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen, die wegen der obligatorischen Anschlussversicherung sowie der Einstufung zum Höchstbetrag als Sanktion bei Nichtmitwirkung überproportional angestiegen sind.

§ 188: Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der Entwurf führt aus, dass die obligatorische Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) dann nicht mehr greifen soll, *„wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“*

Begründet wird dies damit, dass die Vorschrift des § 30 Abs. 1 SGB I besage, die Vorschriften des Sozialrechts seien nur für diejenigen anwendbar, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Vorschrift bezieht sich richtigerweise aber nur auf die Vorschriften des SGB I, nicht auf das gesamte Sozialrecht. Ferner wird argumentiert, dass in dem Fall, dass eine Person sich nicht

abgemeldet hat und unauffindbar ist, zu vermuten sei, dass sie ihren Wohnsitz im Ausland genommen hat; dem zu Folge könne sie entsprechend des Territorialitätsprinzips nicht im Inland versichert sein und hier Versicherungsleistungen beanspruchen. Diese Argumentation übersieht allerdings, dass ein gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ohne weiteres auch ohne festen Wohnsitz bestehen kann und somit auch dann, wenn die Person für die Krankenversicherung nicht ohne weiteres auffindbar ist. Eine Meldepflicht besteht für Menschen ohne Wohnung nicht. Aus dem Fehlen einer Wohnung oder dem Fehlen der Abmeldung kann weder bei Deutschen noch bei ausländischen EU-Bürger/innen geschlossen werden, dass eine Person ins Ausland verzogen ist. Und diese Argumentation übersieht auch, dass im Rahmen der Koordinierung der Sozialversicherungssysteme (VO 883/2004) mobile Rentner/innen in der Regel in dem Land krankenversichert bleiben, aus dem sie ihre Rente beziehen, oder Grenzgänger im Beschäftigungs- und nicht im Wohnland versichert sind. Selbst, wenn sich der Betroffene tatsächlich im Ausland aufhält, würde das also nicht automatisch dazu führen können, dass die Versicherung endet.

Träte das Gesetz mit diesem Wortlaut in Kraft, fielen Menschen aus der obligatorischen freiwilligen Anschlussversicherung heraus, wenn die Krankenkasse ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland nicht ermitteln kann. Dies ist deshalb gravierend, weil die Betroffenen hier durchaus ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben können, dieser aber aufgrund von Wohnungslosigkeit oder auch Umzug nicht ermittelt werden kann.

Wegen der Auffangversicherung kann die Pflichtversicherung zwar für Deutsche rückwirkend wieder aufleben, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. EU-Bürger/innen aber, die ihr Freizügigkeitsrecht zur Arbeitssuche verlieren, fallen als wirtschaftlich nicht Aktive aus der Pflichtversicherung raus. Verlieren sie dann auch noch durch die Neuregelung die obligatorische Anschlussversicherung, können sie sich wegen § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V nicht wieder versichern.

Von der Neuregelung der obligatorischen Anschlussversicherung wären also vor allem Personen betroffen, die sich nicht anmelden können und solche, die keine Beiträge zahlen können. Beides darf jedoch nicht zur Verweigerung jeglichen KV-Schutzes führen. Auch für ausländische EU-Bürger/innen muss uneingeschränkt gelten, dass fehlende Beitragszahlungen nicht zur Beendigung der Versicherung führen und auch bei Beitragsschulden zumindest eine Versorgung nach § 16 Abs. 3a SGB V gewährleistet ist.

In vielen Bundesländern wird über die medizinische Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen auf politischer Ebene diskutiert, und es werden staatlich finanzierte „Fonds“ für die Behandlung eingerichtet. Es werden Clearingstellen eingerichtet und finanziert, die Menschen in Krankenversicherung bringen sollen. Der Gesetzentwurf würde die Zahl der nicht krankenversicherten Menschen erheblich erhöhen und den Zugang für diese zur Krankenversicherung weiter erschweren. Dies gilt es zu verhindern.

Hinweispflicht der Krankenkassen bei Beitragsschulden

Die Regelung des Gesetzentwurfs, dass Krankenkassen Mitglieder schriftlich darauf hinweisen müssen, dass entweder der Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung übernimmt, wenn das Mitglied mit zwei Beitragsmonaten im Rückstand ist, ist sehr zu begrüßen. So wird vermieden, dass

Mitglieder wegen verspäteter Beantragung von Hilfe Beitragsrückstände aufbauen. Fraglich ist allerdings, ob eine reine Information des Mitglieds ausreicht. Die Krankenkasse sollte zur zusätzlichen persönlichen Kontaktaufnahme verpflichtet werden, um so die Antragstellung beim Sozialhilfeträger zu befördern.

§ 191: Enden der freiwilligen Versicherung

Auch bestehende freiwillige Versicherungen sollen unter bestimmten Bedingungen enden können. Dies normiert der § 191 SGB V, der das Ende einer freiwilligen Versicherung regelt. Nach dem gesetzgeberischen Vorschlag endet die freiwillige Mitgliedschaft nach sechs Monaten rückwirkend ab Beginn dieses Zeitraums, wenn das Mitglied in dieser Zeit nicht aktiv war, keine Beiträge geleistet hat, keine Leistungen in Anspruch genommen hat und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds ermitteln konnte.

Begründet wird der Vorschlag mit den gleichen nicht ganz richtigen Argumenten, die auch für § 188 SGB V angeführt werden: Wer keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, könne wegen des Territorialitätsprinzips hier keine Leistungen beanspruchen.

Stellt sich heraus, dass die betroffene Person weiterhin einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte, begründet das kein Wiederaufleben der freiwilligen Versicherung. Die Betroffenen werden vielmehr auf die Möglichkeit der rückwirkenden Begründung einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verwiesen.

Aus den zu § 188 genannten Gründen dürften jedoch die wenigsten betroffenen Unionsbürger/innen dies beanspruchen können. Nur derjenige, der zu den Auffangversicherten zu zählen ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) bzw. ein materielles Freizügigkeitsrecht besitzt, für das ein bestehender Krankenversicherungsschutz keine Bedingung ist, wird hier rückwirkend wieder in der Versicherung aufgenommen werden.

Die anderen werden darauf verwiesen werden, dass sie wegen § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V nicht pflichtversichert sind. Eine neue freiwillige Versicherung dürfte in diesen Fällen auch problematisch sein (s.o. zu § 188) zumal es in diesen Fällen regelmäßig an der notwendigen Vorversicherungszeit fehlen dürfte; das betrifft nicht-erwerbstätige Unionsbürger/innen in oder außerhalb von prekären Lebenslagen gleichermaßen. Sie würden also (weiterhin) ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland sein.

Lösungsvorschläge für §§ 188, und 191:

Streichung von § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

Der Problematik wäre bereits ihre Schärfe genommen, wenn man den § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V streichen würde. Das hätte zur Folge, dass nicht nur EU-Bürger/innen, die ein Freizügigkeitsrecht nach § 2 FreizügG/EU besitzen (z.B. Recht auf Einreise und Aufenthalt, wenn sie einer Arbeit nachgehen wollen), sondern auch die Nicht(mehr)erwerbstätigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, von der Versicherungspflicht erfasst sind. In der gemeinsamen Stellungnahme der BAGFW zum Vorschlag der EU-Kommission zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 29.5.2017 wurde eine verbindliche Regelung ge-

wünscht, wonach nicht-erwerbstätige mobile EU-Bürger nicht davon abgehalten werden sollen, einen umfassenden Krankenversicherungsschutz im Aufnahmemitgliedstaat zu erlangen. Der § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V tut aber genau das: er verhindert für diese Gruppe den Zugang zur KV.

Die im Entwurf zum Versichertenentlastungsgesetz vorgeschlagene Bereinigung von Mitgliederbeständen durch die oben dargestellten Neuregelungen bliebe dagegen unangetastet. Es wäre nicht nachteilig, da die Versicherungspflicht und damit der Anspruch auf Leistungen jederzeit rückwirkend wieder hergestellt werden könnte, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der Krankenkasse anzeigt.

Hilfsweiser Lösungsvorschlag: die Mitgliedschaft ruhend stellen

Hilfsweise fordern wir eine Ruhendstellung der Mitgliedschaft. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Bereinigung der Mitgliederbestände darf nicht dazu führen, dass diejenigen Unionsbürger/innen aus dem KV-Schutz herausfallen, die diesen bereits einmal hatten. Wir schlagen daher folgende Lösung vor: § 188 Abs. 4 SGB V neu und § 191 Abs. 4 SGB V neu werden dahingehend geändert, dass die jeweiligen Mitgliedschaften nicht enden, sondern ruhend gestellt werden. Sie leben dann wieder auf, wenn die Betroffenen sich wieder bei der KV melden.

§ 323: Bereinigen der Mitgliedschaft

Die Vorschrift hat zur Folge, dass Personen, die sich nicht über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V jederzeit wieder rückwirkend pflichtversichern können, mit Ablauf des 15. Juni 2019 endgültig aus der obligatorischen Versicherung ausgeschlossen bleiben, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Somit könnten diese Personen nicht mal eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen. Das betrifft vor allem EU-Bürger/innen, die kein materielles Freizügigkeitsrecht besitzen (siehe oben die Erläuterung zu §§ 188, 191).

Dies ist eine Schlechterstellung dieser Personengruppe im Hinblick auf deutsche Versicherte, aber auch im Hinblick auf Personen, die Leistungen nach dem AsylBLG beziehen (siehe § 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V).

Dies widerspricht auch den europäischen Grundsätzen der Freizügigkeit. Um eine verfassungsmäßig und europarechtlich gebotene Gleichbehandlung und gleichberechtigten Zugang zum Krankenversicherungsschutz herzustellen wird daher das – bereits oben dargestellte – Streichen der Vorschrift des § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V oder hilfsweise die Ruhendstellung der Mitgliedschaft vorgeschlagen.

Dem Ziel, dass Krankenkassen ihren Mitgliederbestand bereinigen, kann Rechnung getragen werden, indem die „Ruhendstellung“ entsprechend statistisch erfasst wird. Für die so ruhend gestellten Mitgliedschaften müssten die erhaltenen Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA-Zuweisungen) an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

Überschuldete Menschen: Ergänzender Handlungsbedarf einer Amnestieregelung

Es gibt eine große Gruppe von Menschen, die trotz des am 1. August 2013 in Kraft getretenen Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der

Krankenversicherung weiterhin hohe Beitragsschulden hat. Das liegt daran, dass sie sich entweder nicht rechtzeitig zum Stichtag des Beitragserlasses für Versicherungspflichtige gemeldet oder zwar einen Beitragserlass für Schulden aus dem vor 2014 liegenden Zeitraum erwirkt haben, aber wieder neue Beitragsschulden aufgelaufen sind, weil sie die laufenden Beiträge nicht zahlen konnten. Während dieser Zeit ruht ihr Leistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung (§ 16 SGB V) und sie haben nur einen eingeschränkten Anspruch auf Versorgung und in Notfällen. Landen diese Personen im ALG II-Bezug, tritt das Ruhen des vollen Leistungsanspruchs zwar nicht ein oder endet. Dies reduziert jedoch den Anreiz, den ALG II-Bezug zu überwinden, weil bei Beendigung des Leistungsbezugs der volle Leistungsanspruch wieder ruht.

Die BAGFW fordert deshalb, dass es für säumige Beitragsschuldner eine neue Amnestieregelung geben sollte, im Sinne eines Erlasses bzw. einer Ermäßigung der Beitragsschulden sowie einem reduzierten Säumniszuschlag. Die alte Amnestieregelung in § 256a Absatz 2 SGB V sollte, insbesondere durch eine Fristverlängerung, erneuert werden.

Lösungsvorschlag:

„Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2022, soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches erlassen. Satz 1 gilt für bis zum 31. Juli 2022 erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.“

Die BAGFW fordert zusätzlich, den Zugang zum vollen Leistungsangebot der Krankenversicherung auch dann zu gewährleisten, wenn eine Überschuldung gegeben ist. Hierfür müssen dringend praktikable Regelungen geschaffen werden.

Des Weiteren ist die Gesetzgebung in Bezug auch auf Lücken und Versorgungsprobleme für sozial benachteiligte Pflichtversicherte mit Beitragsschulden und Privatversicherte im Notlagentarif auszuweiten und nachzujustieren.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler (§ 260 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Krankenkassen zu verpflichten, ihre Finanzreserven auf eine Obergrenze in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe der Betriebsmittel zu begrenzen. Dieses Ziel soll ggf. durch ein schrittweises Abschmelzen der Finanzmittel binnen drei Haushaltsjahren erreicht werden.

Die Intention des Gesetzgebers, den Zusatzbeitrag auf das Mindestmaß des Notwendigen zu begrenzen, ist zwar dem Grundsatz nach positiv zu bewerten. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch in den vergangenen Jahren im Rahmen der gesetzlichen Obergrenze des gegenwärtig 1,5-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe so festgelegt haben, dass sie im Wettbewerb der Krankenkassen bestehen können und für ihre Mitglieder in Bezug auf das Preis-Leistungs-Verhältnis attraktiv sind. In der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber viele Leistungsverbesserungen für die Versicherten statuiert, die die BAGFW begrüßt hat. Auch bei einer Absenkung der Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen muss gewährleistet sein, dass die Leistungsgewährung im Rahmen der

Genehmigungspraxis an die Versicherten künftig nicht „nach Kassenlage“ erfolgt. Ebenso muss den Krankenkassen ein entsprechender Spielraum für die Gewährung von Satzungsleistungen im Rahmen ihrer Beitragsautonomie zur Verfügung stehen. Von den negativen Folgen einer schlechteren Versorgung in Folge der Schaffung einer Obergrenze für die Finanzreserven wären vor allem sozial benachteiligte Menschen und vulnerable Patientengruppen, wie chronisch Kranke betroffen. Nicht zuletzt weisen wir darauf, dass der Koalitionsvertrag bspw. für das „Sofortprogramm Pflege“ ca. 640 Mio. Euro zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte im Zusammenhang mit der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vorsieht. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass damit der lange geforderte Systemwechsel der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege aus dem SGB V eingeleitet wird. Für eine volle Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen ist nach Schätzungen von Sachverständigen jedoch ein Finanzvolumen von ca. 2,6-3 Mrd. Euro zu veranschlagen. Auch vor diesem Hintergrund betrachten wir die vorgesehene neue Obergrenze, die zudem als „Muss-Regelung“ keine Ermessensspielräume mehr vorsieht, mit großer Skepsis.

5. Altersrückstellungen der Krankenkassen (§171e SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass Krankenkassen den Anteil des Deckungskapitals, der in Aktien angelegt werden kann, von 10% auf 20% erhöhen können. Für den Bund ist es schon seit Januar 2018 möglich, für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds einheitlich 20 Prozent Aktienanteil vorzusehen. Das soll nun für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden. Das Argument einer Angleichung ist nicht sachbezogen. Die Bedeutung aktienbezogener Investitionen aus Organisationen der Sozialversicherung heraus ist grundsätzlich nicht unproblematisch, hier wäre eine differenzierte Folgenabschätzung wünschenswert.

6. Tagespflegepersonen (§ 10 SGB V)

Tagesmütter und -väter, die bis zu fünf Kinder in der Tagespflege betreuen, fallen künftig nicht mehr unter die Sonderregelung der Familienversicherung bzw. freiwilligen Versicherung. Wir begrüßen es sehr, dass für Tageseltern nun die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend sind. Sofern Art und Umfang der Tätigkeit entsprechend gestaltet sind, werden sie nun im Regelfall den hauptberuflich Selbstständigen zuzurechnen sein. Das ist positiv, weil sie so nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V die Möglichkeit haben, zusätzlich den Krankengeldtarif zu wählen. Ferner fallen sie unter die neuen Regelungen für die halbierte Beitragsbemessungsgrenze. Das berücksichtigt insbesondere, dass nicht alle Kinder in Vollzeit betreut werden bzw. die meisten Tagespflegepersonen nicht die Höchstanzahl von fünf Kindern betreuen.

Berlin, 26.09.2018

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

Stellungnahme der (BAGFW)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(9)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-205
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 01. Oktober 2018

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung
der Versicherten in der Gesetzlichen Kranken-
versicherung (GKV-Versichertenentlastungsge-
setz – GKV-VEG)

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Kommentierung im Detail	12
1) Abschmelzen überhöhter Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler	12
2) Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden.....	14
Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) unter Berücksichtigung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts	14
Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland und bei unbekannt verzogenen Personen.....	14
Flexibilisierung der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherter bei fehlender Mitwirkung.....	15
Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern zwischen 1. August 2013 und Inkrafttreten des Gesetzes	15
3) Absenken der Mindestbeiträge für Selbständige	17
4) Altersrückstellungen bei Krankenkassen	18
III. Ergänzende Änderungen	20
1) Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.....	20
2) Reduktion bzw. Vermeidung von Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA...21	
a) Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung (alternativ Regelung im TSVG).....	21
b) Ausschluss kassenindividueller Kodiermodule	22
c) Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen	22
d) Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität.....	23
e) Beschleunigung der Prüfungen nach §273 SGB und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen	23
3) Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA und Bereitstellung einer Datenstichprobe.....	24
4) Freiwillige finanzielle Hilfen - § 265b SGB V.....	26

5) Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen.....27

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel einer finanziellen Entlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dies geschieht zum einen durch die bereits im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD verankerte **Rückkehr zur vollständigen paritätischen Finanzierung**. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen künftig nicht mehr nur den allgemeinen Beitragssatz, sondern auch den kassenindividuell erhobenen Zusatzbeitragssatz gemeinsam und zu gleichen Teilen.

Darüber hinaus sieht der Entwurf auch eine Entlastung der Versicherten über eine verpflichtende Senkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ab dem 01.01.2020 vor, sofern Rücklagen und Betriebsmittel der jeweiligen Krankenkasse eine bestimmte, gesetzlich neu definierte **Obergrenze der Finanzreserven** überschreiten. Diese Regelung ist politisch nachvollziehbar. Sie birgt aber unter gegenwärtigen Bedingungen erhebliche Risiken und Wettbewerbsbeeinträchtigungen, die auch der Bundesrat in seiner Empfehlung für die 970. Sitzung am 21. September 2018 richtiger Weise aufgegriffen hat. Abgesehen davon, dass die bereits heute bestehenden, entsprechenden Vorschriften des SGB V künftig tatsächlich eingehalten werden müssen – also anders, als dies heute in der Praxis vorkommt –, sehen die Betriebskrankenkassen bei der Ausgestaltung der geplanten Regelung folgenden Änderungsbedarf:

- Für die **Höhe der künftig vorzuhaltenden Finanzreserven** der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) schlagen die Betriebskrankenkassen eine **gestaffelte Regelung** vor:
 - **Krankenkassen mit weniger als 100.000 Mitgliedern**, statt wie im Entwurf vorgesehen 50.000 Mitgliedern, **müssen gänzlich von den Abschmelzungsregelungen ausgenommen werden**. Sie müssen ausreichend finanziellen Spielraum behalten können, wenn z. B. im Versorgungsfall teurer Krankheiten die Kosten für die Versorgung die Zuweisungen aus dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weit übertreffen. Erst ab einer Kassengröße von über 100.000 Mitgliedern ist bei einer Reduzierung der Finanzreserven sichergestellt, dass das Auftreten von Hochkostenfällen (Hämophilie, Erkrankungen im Stoffwechselsystem, Beatmungsfälle, etc.) nicht kurzfristig zu existenziellen Bedrohung einer Kasse führen kann. Die grundsätzliche Herausnahme dieser Kassen von dieser Regelung vermeidet unnötige Bürokratie hinsichtlich der Antragstellung bei den Aufsichtsbehörden und Kassen sowie unnötige Interpretationsvarianzen der genehmigenden Aufsichtsbehörden, zumal die Ausnahmeanträge inhaltlich nicht definiert sind.

- Auch **traditionelle Betriebskrankenkassen** sollten vor dem Hintergrund der für sie bestehenden Haftung seitens des jeweiligen Trägerunternehmens **gänzlich von der Geltung einer Obergrenze ausgenommen** werden. Es handelt sich hier um Kassen mit kleinen, in sich geschlossenen Versichertengemeinschaften, die dennoch einen wichtigen Beitrag zur Gesundheits- und Sozialpolitik ihrer Trägerunternehmen und damit zu einer gesunden Arbeitnehmerschaft leisten. Müssen diese Kassen Rücklagen abbauen, steigt automatisch das Haftungsrisiko der Trägerunternehmen.
- **Für Krankenkassen, die mehr als 100.000 Mitglieder betreuen**, sollte die neue Obergrenze **nicht wie vorgesehen 100 Prozent, sondern 150 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgabe** nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse betragen. Nur so sind ausreichend Rücklagen für erwartete Ausgaben aus den gesetzlichen Regelungen der letzten Legislaturperiode sowie den Vorhaben des Koalitionsvertrages vorhanden. Mit diesem Ansatz würde somit zum einen dem politischen Ziel einer Vermögensabschmelzung Genüge getan (Reduktion der Reserven von 250 Prozent auf 150 Prozent einer Monatsausgabe) und den Krankenkassen gleichzeitig Spielraum für eine sinnvolle Gesundheitsversorgung belassen.

Für **große Kassen**, die Ausgabenausschläge besser absorbieren können, könnte zudem überlegt werden, die Monatsrücklage **auf 50 statt 100 Prozent** zu senken.

-
- Damit der Vermögensabbau bei einzelnen Kassen den GKV-Mitgliedern unmittelbar und bundesweit gleichzeitig zu Gute kommt, sprechen wir uns für eine **sofort wirkende Regelung statt Zusatzbeitragssenkungen mit dreijähriger Übergangsfrist sowie Verlängerungsoption** aus: Überschreitet eine Krankenkasse die neue Obergrenze von 150 Prozent (oder ggf. für große Kassen 50 Prozent), muss sie sofort und dauerhaft die überschießenden Mittel an den Gesundheitsfonds überweisen. Die Finanzmittel, die der Gesundheitsfonds auf diesem Wege zusätzlich erhält, sollen zu einer Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes verwendet werden. Somit würden alle Mitglieder der GKV und die Arbeitgeber gleichermaßen entlastet.

Auch aber nicht nur in diesem Zusammenhang ist es den Betriebskrankenkassen ein Anliegen, sich frühzeitig gegenseitig finanziell helfen zu können. Bisher können die Regelungen zur **Ge-**

währung freiwilliger finanzieller Hilfen so interpretiert werden, dass diese erst greifen können, wenn die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse konkret gefährdet bzw. bereits eine finanzielle Notlage (bilanzielle Überschuldung) eingetreten ist. Nur wenn die betroffenen Kassen ohne Finanzhilfen anderer Krankenkassen schließen müssten, so die Rechtsauslegung Einzelner, könnten sich die Kassen gegenseitig helfen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es jedoch vielmehr sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn Finanzrisiken nicht durch eigenes Handeln der Krankenkasse verschuldet sind, sondern auf von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Faktoren, wie z.B. Gesetzesänderungen, beruhen. Für den Fall, dass der Gesetzgeber die frühzeitigen Hilfen durch die bestehenden Regelungen nicht abgedeckt sehen sollte, unterbreiten die Betriebskrankenkassen einen Vorschlag zur Ergänzung des Gesetzes.

Der Gesetzgeber verbindet das Vorhaben der Vermögensabschmelzung richtigerweise mit der Bedingung, dass zuvor eine **Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostruktur- ausgleiches** (Morbi-RSA) erfolgen muss. Schließlich sind die Finanzreserven zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf Grund der Verzerrungen im Morbi-RSA äußerst unterschiedlich verteilt: Einige Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA höhere Zuweisungen, als sie zur Deckung der Ausgaben für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Entsprechend können diese Krankenkassen - oft bei gleichzeitig niedrigen Zusatzbeitragssätzen - auch hohe Rücklagen aufbauen. Andere Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA hingegen viel zu geringe Zuweisungen. Demzufolge sind sie gezwungen, höhere Zusatzbeitragssätze zu erheben bzw. können nur geringe Rücklagen aufbauen.

Bereits vor einer Reform des Morbi-RSA gibt es jedoch drängende Probleme, die daher schon im GKV-VEG angegangen werden sollten. Es handelt sich um Maßnahmen, die bestehende Verzerrungen sowie Manipulationsmöglichkeiten reduzieren und fehlende Transparenz beheben:

- Aus Sicht der Betriebskrankenkassen muss der **Einkommensausgleich** beim Zusatzbeitragssatz gestrichen oder mindestens auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beschränkt werden. Hierdurch würde der aktuell auftretende Effekt reduziert, dass Krankenkassen, die bereits einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag veranschlagen müssen, Krankenkassen mit besonders günstigen Beitragssätzen subventionieren. Die Benachteiligung von Krankenkassen mit vergleichsweise hohen Grundlöhnen, die ihre Versicherten vorwiegend in Ballungsräumen mit einer teuren Versorgungsstruktur betreuen, würde abgebaut oder gemindert.

- Trotz aller Bemühungen seitens des Gesetzgebers und des Bundesversicherungsamtes ist der **Morbi-RSA nach wie vor manipulationsanfällig**. Daher begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich die vom Gesetzgeber beabsichtigte Regelung zur Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) hinsichtlich der rückwirkenden Bereinigung von unzulässigen Versicherungsverhältnissen (siehe dazu auch weiter unten). Mit folgenden Maßnahmen werden ferner vorhandene Einfallstore zur Manipulation geschlossen bzw. die Manipulationen erschwert:

Insofern einige der hier vorgeschlagenen Maßnahmen über das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Eingang in das Sozialgesetzbuch finden, begrüßen die Betriebskrankenkassen dies ausdrücklich. Nichtsdestotrotz weisen wir auf die Eilbedürftigkeit und auf Notwendigkeit eines breiten Maßnahmenbündels hin.

- **Einführung ambulanter Kodierrichtlinien (AKR):** Ambulante Diagnosen sind maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen durch den Morbi-RSA. Eine hohe Kodierqualität ist damit von großer Bedeutung. AKR schaffen Klarheit, denn sie definieren die Anwendung des gültigen internationalen Schlüsselsystems ICD-10-GM. Somit helfen sie dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln und die Morbidität der Patienten exakt abzubilden. AKR führen zu einer Vereinheitlichung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens und folglich zu einer Erhöhung der Kodierqualität und Pharmakovigilanz sowie einer Verbesserung der Datengrundlage für vertragsärztliche Abrechnung (Plausibilisierung) und RSA-Berechnung.
- **Sicherstellung von Kodierneutralität in der Praxissoftware** der Ärzte: Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde klargestellt, dass eine beratende Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens auch über den Einsatz von Praxissoftware unzulässig ist. Ergänzend hierzu bedarf es jedoch einer einheitlichen Zertifizierung von Praxissoftware durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut. Es stellt sicher, dass insbesondere an den Schnittstellen zwischen Praxissoftware und Modulen für Selektivverträge die Integration krankenkassenindividueller Module zur Diagnosestellung unterbleibt. Dies ist notwendig, da sich die Prüfungen der KBV aktuell lediglich auf die technische Kompatibilität dieser Schnittstellen bezieht.

- **Beratung der Vertragsärzte durch Krankenkassen verbieten:** Das Verbot einer Beratung durch Krankenkassen oder von diesen beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen wurde im Rahmen des HHVG noch einmal klarstellend unterstrichen. Es ist für die Prüfdienste allerdings nach eigener Aussage schwierig, dies durchgängig zu überwachen. Aus diesem Grund muss die Beratung durch Krankenkassen (insbesondere durch sog. „Arztbesuche“ in der ärztlichen Praxis) grundsätzlich verboten werden.
- **Überprüfung von Selektiv- und Qualitätsverträgen durch das Bundesversicherungsamt auf RSA-Konformität:** Neben der Überprüfung der rechtskonformen Ausgestaltung von Verträgen zur hausarztzentrierten und besonderen Versorgung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, soll das mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen betraute Referat beim Bundesversicherungsamt Verträge von bundes- wie auch landesunmittelbaren Krankenkassen auf Konformität mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich überprüfen. So wird für alle Kassen mit einem einheitlichen Vorgehen sichergestellt, dass mittels der derartigen Verträge kein Einfluss im Hinblick auf eine Optimierung der RSA-Zuweisungen erfolgt.
- **Sicherstellung einer einheitlichen Aufsichtspraxis:** Trotz aller Bemühungen ist es bisher nicht gelungen, durchgängig ein einheitliches Vorgehen der Bundes- und Landesaufsichten bezüglich der Tatbestände herzustellen, bei denen Kassen sich zu Lasten Dritter bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds optimieren. Die vom Bundesrechnungshof kürzlich gerügten, widerrechtlichen Verträge einzelner Kassen mit Krankenhäusern zum Verzicht auf die Krankenhausabrechnungsprüfung sind ein aktuelles Beispiel dafür. Daher müssen sämtliche, die Zuweisungen über den Morbi-RSA betreffenden Sachverhalte einer Kasse künftig vom Bundesversicherungsamt geprüft und beschieden werden können.
- Die Akzeptanz des Morbi-RSA und wissenschaftliche Vorschläge zu seiner Weiterentwicklung krankt unter anderem daran, dass regelmäßige **Evaluationen** bezüglich der Wirkungen des Morbi-RSA auf die Kassen fehlen und keine **Datentransparenz** vorliegt. Ein Nachvollziehen von Entwicklungsvorschlägen oder die Entwicklung und damit verbunden das Einbringen eigener Ansätze ist damit nicht möglich. Gleichzeitig ist die Prüfung der Datenmeldungen zeitlich massiv verzögert. Das Bundesversicherungsamt ist laut Wissenschaftlichem Beirat erst mit der Prüfung der Daten für die Ausgleichsjahre 2010 beschäftigt. Die Ergebnisse sind ferner intransparent. Daher sollten folgende Re-

gelungen im GKV-VEG verankert werden, damit der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wirklich ein „lernendes System“ mit einer permanenten Weiterentwicklung werden kann:

- **Einführung einer regelmäßigen Evaluation:** Anders, als in etlichen anderen Themen, sieht das Recht für den Morbi-RSA keine regelhafte Überprüfung dahingehend vor, ob die politisch angestrebten Ziele erreicht werden. Da der Risikostrukturausgleich als zentraler Finanzmechanismus der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich für die Flankierung eines solidarischen Wettbewerbs ist, ist eine regelmäßige Evaluation seiner Wettbewerbswirkungen erforderlich. Diese Evaluation sollte im Zwei-Jahres-Rhythmus durchgeführt werden, um im Fall von Fehlentwicklungen gesetzgeberisch frühzeitig gegensteuern zu können und gleichzeitig die Debatte um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches zu versachlichen. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den gesetzlichen Krankenkassen zeitnah zur Verfügung zu stellen.
- **Einführen einer Datenstichprobe:** Derzeit verfügt nur das Bundesversicherungsamt über die Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen und ihre Verbände, aber auch die breite Wissenschaft sind derzeit nur auf der Basis eigener Daten in der Lage, Gutachternvorschläge nachzuvollziehen und eigene Vorschläge zu Weiterentwicklung des Verfahrens einzubringen. Die Daten der anderen Kassen(arten) liegen ihnen nicht vor und müssen – verbunden mit hoher Unsicherheit bezüglich der Ergebnisse - modelliert werden. Durch die Bereitstellung eines Forschungsdatensatzes wird die Transparenz hinsichtlich der Wirkung von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt.
- **Prüfungen nach § 273 SGB V beschleunigen und Transparenz über Tätigkeit der Prüfstellen herstellen:** Der Gesetzgeber hat das Bundesversicherungsamt mit der Aufgabe betraut, Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben zur RSA-Datenübermittlung zu prüfen und mit Strafzahlungen zu ahnden. Dies ist im Sinne einer Vermeidung von Manipulationen und zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Mechanismus des Morbi-RSA auch zwingend erforderlich. Aktuell sind diese Prüfungen laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates lediglich für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 erfolgt. Damit besteht ein erheblicher zeitlicher Verzug zum letzten abgeschlossenen Ausgleichsjahr 2016. Mit der Vorgabe, dass die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach inner-

halb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen hat, soll diese Lücke geschlossen und damit für die gesetzlichen Krankenkassen auch (Rechts-)Sicherheit zu abgeschlossenen Ausgleichsjahren geschaffen werden. Zudem muss ein Höchstmaß an Transparenz auch über die Tätigkeit der Prüfstellen bestehen. Derzeit ist unklar, welche Krankenkassen Korrekturbeträge für welchen Verstoß zahlen müssen. Die Vorgabe, die verhängten Korrekturbeträge zusammen mit der Art des Verstoßes und dem Namen der entsprechenden Krankenkasse zu veröffentlichen, würde im Hinblick auf rechtswidrige Einflussnahmen abschreckend wirken und das Vertrauen in das System erhöhen.

Mit Einführung der **obligatorischen Anschlussversicherung (oAV)** im Jahr 2013 stieg plötzlich die Zahl der Beitragsschulden signifikant und unerklärlich an. Als Ursache wird von einer unsachgemäßen Zuordnung von Versicherten in die oAV durch die Kassen ausgegangen: Obwohl beispielsweise Saisonarbeiter schon längst in ihre Heimatländer zurückgekehrt waren, wurden sie über die oAV als „Karteileichen“ geführt. Hierfür erhielten die jeweiligen Krankenkassen ungerechtfertigte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Daher ist die beabsichtigte Regelung einer rückwirkenden Bereinigung von unzulässigen Versicherungsverhältnissen ausdrücklich richtig. Sie darf keinesfalls aufgeweicht werden. Gleichzeitig muss verhindert werden, dass die vorgesehene Bereinigung des Versichertenbestands unterlaufen werden kann und somit das Ziel einer Reduzierung der „fiktiven“ Beitragsschulden und Rückerstattung von unzulässiger Weise erhaltenen Zuweisungen nicht erreicht wird. Folgende Anpassungen verhindern dieses:

1. Ausweitung der Prüfung auf Fälle, in denen der Kontakt zum Mitglied im Laufe einer bestehenden Mitgliedschaft verloren ging.
2. Ausweitung der Prüfung auf alle freiwilligen Mitgliedschaften.
3. Sicherstellung einer konsequenten Korrektur von RSA-Zuweisungen aus der Vergangenheit im Hinblick auf die stornierten Versicherungsverhältnisse.
4. Entwicklung eines einheitlichen und wirksamen Prüfkonzepthes durch das Bundesversicherungsamt.

Die Notwendigkeit, die **Beitragsbelastung der Selbstständigen** mit geringem Einkommen zu senken und damit auf veränderte Erwerbsstrukturen zu reagieren, ist unumstritten. Der damit einhergehende Wegfall der Härtefallregelung wird ebenfalls begrüßt.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, für **Rückstellungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung über Aktienanlagen**, die als hinreichend sicher

bewertet werden können, eine deutlich bessere Rendite – auch unter Berücksichtigung von Risikoabschätzungen – als über festverzinsliche Anlagen erzielen zu können. Dabei sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren klargestellt werden, dass eine Einbeziehung des an Rückdeckungsversicherungen übertragenen Deckungskapitals bei der Berechnung dieser Quote explizit nicht gewollt ist. Darüber hinaus schlagen wir vor abzuwägen, ob eine adäquate Aktienquote für alle Geldanlagen eingeführt werden kann.

II. Kommentierung im Detail

1) Abschmelzen überhöhter Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

(zu Artikel 1 Nr. 8 9: Änderungen der §§ 260 und 261 SGB V)

§ 260 SGB V wird wie folgt geändert:

a) § 260 SGB V Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das 1 ½ fache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke nicht übersteigen. Satz 1 gilt nicht für Krankenkassen, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung über weniger als 100.000 Mitglieder verfügen oder deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 dieses Buches vorsieht.“

b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Übersteigen die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 den nach Absatz 2 Satz 1 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.

(5) Absatz 4 ist ab dem 1. Januar 2020 und nur dann anzuwenden, wenn der Risikostrukturausgleich gemäß § 268 Absatz 5 bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde.“

Begründung:

Die neue Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) wird nicht wie vorgesehen bei 100 Prozent, sondern bei 150 Prozent festgesetzt. In den Eckpunkten des Referentenentwurfes wird unter Nr. 4 auf gesetzliche Höchstgrenzen für die Finanzreserven analog zu gesetzlichen Rentenversicherung verwiesen. Dort ist die Obergrenze der sog. Nachhaltigkeitsrücklage, die sich ebenfalls aus Betriebsmitteln und Rücklagen zusammensetzt, mit 150 Prozent einer Monatsausgabe festgesetzt. Insofern ist es sachgerecht, auch für die GKV diesen Grenzwert anzusetzen.

Der vorgesehene Übergangszeitraum von drei Jahren zum Abschmelzen der Vermögensreserven inkl. Option zur Verlängerung um zwei Jahre ist zu lang. Gleichzeitig sollten die Finanzmittel, die die neue Obergrenze für die Finanzreserve überschreiten, nicht für ein Absenken des Zusatzbeitragsatzes verwendet werden. Dies würde vor allem den Krankenkassen zusätzliche

Wettbewerbsvorteile verschaffen, die auf Grund der Verwerfungen im Morbi-RSA aktuell bereits einen niedrigen Zusatzbeitragssatz bei gleichzeitig hohen Finanzreserven aufweisen. Auch lokal schon bestehende Marktkonzentrationen würden so weiter verschärft.

Stattdessen ist es sachgerecht, dass die betroffenen Krankenkassen die überschießenden Finanzmittel (Finanzreserven > 150 Prozent) sofort und dauerhaft an den Gesundheitsfonds überweisen. Der allgemeine Beitragssatz könnte damit entsprechend gesenkt werden. Dies hätte zur Folge, dass alle GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber zeitgleich und bundesweit einheitlich – statt ggf. regional und kassenbezogen - von der Entlastung profitieren könnten.

Zu Recht wird vom Gesetzgeber erkannt, dass bei kleineren Krankenkassen eine höhere Vermögensreserve zuzulassen ist. Das in der Gesetzesbegründung aufgeführte Risiko einer durch Versichertenwachstum veränderten Kassenstruktur ist sachgerecht und sinnvoll. Allerdings sollte statt der im Referentenentwurf angegebenen Obergrenze von 50.000 Mitgliedern eine maximale Mitgliederzahl von 100.000 herangezogen werden, da sich der genannte Effekt erfahrungsgemäß auch bei Krankenkassen bis zu dieser Größenordnung zeigen kann.

Ein weiterer Grund für eine notwendiger Weise abweichende Bewertung der Höhe von Betriebsmitteln und Rücklagen bei kleineren Kassen liegt darin, dass plötzlich auftretende Hochkostenfälle schnell die Existenzfrage für die Kasse generieren können. Gerade bei sehr kleinen Krankenkassen beträgt die durchschnittliche Höhe einer Monatsausgabe deutlich weniger als eine Million EUR. Bei Hochkostenfällen in der GKV (Hämophilie, Erkrankungen im Stoffwechselsystem, Beatmungsfälle, etc.) fallen erfahrungsgemäß Kosten an, die die Betriebsmittel und Rücklagen einer solchen Kasse bei einer reduzierten Obergrenze (auch im Falle des eineinhalbfachen einer Monatsausgabe) unmittelbar aufzehren. Eine Gegenfinanzierung über Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erfolgt hierfür nur unzureichend. Für die angesprochenen Kassen könnten aus einer Reduzierung des zulässigen Maximalvermögens unmittelbar existenzbedrohende Situationen resultieren. Sogar kurzfristige Liquiditätsengpässe müssten befürchtet werden. Regelungen im Rahmen der Haftungsprävention bis hin zu Kassenschließungen stellen grundsätzlich keine sachgerechten Lösungen solcher Situationen dar. Vielmehr müssen auch kleinere Krankenkassen aus eigener Kraft in der Lage sein, entsprechende Risiken mit höheren Rücklagen abzufedern.

Kassen mit weniger als 100.000 Mitglieder sollten zur Vermeidung unnötiger Bürokratie hinsichtlich eines Antragsverfahrens grundsätzlich von den Regelungen ausgenommen werden. Was diese Anträge beinhalten müssen, ist nicht definiert und lässt unterschiedlichen Interpretationsspielraum bei den Aufsichtsbehörden zu. Die Konsequenz wären langwierige, bürokratische und aufwändige Verfahren und Prozesse, sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Aufsichtsbehörden. Letztlich wären weitere Wettbewerbsverzerrungen die Folge.

Gleichermaßen gilt diese Argumentation und Forderung nach einer generellen Ausnahme von der Regelung auch für traditionelle bzw. geschlossene Betriebskrankenkassen, die in der Regel eine kleine, in sich geschlossene Versichertengemeinschaft sind. Hinzu kommt jedoch, dass bei traditionellen Betriebskrankenkassen das Haftungsrisiko primär nicht beim Haftungsverbund „Kassenart“, sondern beim jeweiligen Trägerunternehmen liegt. Diesem würde durch die aktuell vorgesehene Regelung vom Gesetzgeber ein unkalkulierbares Risiko auferlegt werden. Deshalb sollte für die traditionellen Betriebskrankenkassen grundsätzlich keine Pflicht zur Absenkung der Finanzreserven bestehen.

2) Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Änderung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) unter Berücksichtigung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts

(zu Artikel 1 Nr. 4: Änderung § 188 SGB V)

Dem Gesetzentwurf nach soll eine oAV künftig dann nicht mehr begründet werden, wenn die Krankenkasse im Anschluss an eine Pflichtmitgliedschaft bzw. eine Familienversicherung keinen Kontakt mehr zum Versicherten hat und dies auch entsprechend nachweisen kann. Dabei regelt der GKV-Spitzenverband das Nähere zu den Ermittlungspflichten.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Änderung. Die Übertragung der Regelungskompetenz hinsichtlich der Ermittlungspflichten der Krankenkassen auf den GKV-Spitzenverband entspricht dabei einer wesentlichen Forderung der Betriebskrankenkassen.

Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Verzug ins Ausland und bei unbekannt verzogenen Personen

(zu Artikel 1 Nr. 5: Änderung § 191 SGB V)

Die Ergänzung des § 191 SGB V wird begrüßt. Sie stellt eine flankierende Maßnahme für die Fälle dar, in denen eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wurde, im weiteren Verlauf jedoch das Mitglied ins Ausland verzogen bzw. kein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland ermittelbar ist.

Die Gesetzesbegründung ist um zwei Punkte zu ergänzen:

- 1) Die Prüfung der Nichtinanspruchnahme von Leistungen sollte im Rahmen von § 191 Nummer 4 SGB V auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland beschränkt sein.
- 2) Sind die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V erfüllt, ist nicht nur die freiwillige Mitgliedschaft des Betroffenen, sondern sind auch die über diese Mitgliedschaft begründete Familienversicherungen zu beenden. Eine Überführung der bisher familienversicherten Angehörigen, die sich ebenfalls nicht mehr im Inland aufhalten, in die oAV sollte konsequenterweise ausgeschlossen werden.

Flexibilisierung der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherter bei fehlender Mitwirkung

(zu Artikel 1 Nr. 6: Änderung § 240 Absatz 1 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Neuregelung.

Soweit allerdings die Begründung des Gesetzentwurfs dahin gedeutet werden kann, dass die Krankenkassen gegebenenfalls Bedürftigkeitsprüfungen im Sinne des SGB II bzw. SGB XII vornehmen sollten, wäre das systemfremd und nicht darstellbar. Die Begründung sollte dahingehend geändert werden, dass anstelle der Krankenkassen der GKV-Spitzenverband einheitliche Vorgaben definiert. Dabei sollte ein Gleichklang zu der im Referentenentwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in Artikel 1 Nummer 9 (§ 16 Absatz 3a SGB V) vom 23. Juli 2018 vorgesehenen Regelung hergestellt werden.

Bereinigung der Beitragsschulden von freiwilligen Mitgliedern zwischen 1. August 2013 und Inkrafttreten des Gesetzes

(zu Artikel 1 Nr. 12: § 323 SGB V – neu)

Absatz 2 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Freiwillige Mitgliedschaften, sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraus-

setzungen nach Satz 1 erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 4 entsprechend anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden.“

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die seit der letzten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere bezüglich der zu prüfenden Datengesamtheit sowie zum Prüfverfahren nach Satz 1 und 2 fest.“

Begründung:

Die zum Zwecke der beabsichtigten Reduzierung von Beitragsrückständen infolge problematischer Mitgliedschaften für den Personenkreis der Selbstzahler durchzuführende Bereinigung der Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ist hinsichtlich der konkreten Verfahrensvorgaben in verschiedener Hinsicht kritisch zu bewerten.

Insbesondere erfüllen die in Absatz 2 beschriebenen Kriterien der rückwirkenden Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung nicht das in der Gesetzesbegründung definierte Ziel, den Mitgliederbestand „im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen“. Die Regelung erfasst nur die Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, bei denen der Aufenthaltsort des Betroffenen seit Beginn der Mitgliedschaft nicht feststellbar war, und entspricht daher nur den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen das Mitglied erst ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Mitteilungen der Krankenkasse nicht erreichbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V) von der angedachten Bestandsbereinigung nicht erfasst. Darüber hinaus erweckt die gewählte Formulierung „wenn

die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte“ zusammen mit den ergänzenden Hinweisen in der Gesetzesbegründung den Eindruck, dass von der vergangenheitsbezogenen Bereinigung der Mitgliederbestände ein breiterer Personenkreis angesprochen wird als künftig von der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V; dies sollte entsprechend harmonisiert werden.

Die vorgesehenen Regelungen des § 323 Abs. 3 und 5 SGB V zur Prüfung der Bereinigung durch die Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V stornierte Mitgliedschaften. Diese Bestimmungen sind aber aktuell noch nicht in Kraft, mit der Folge, dass eine vor dem Inkrafttreten bereinigte Mitgliedschaft als nicht nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V bereinigt gälte und damit nicht in das Prüf- und Rückzahlungsverfahren von § 323 Abs. 3 und 5 SGB V fiele. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für bereinigte Versicherungszeiten nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, bedarf es in Absatz 3 einer Ergänzung, dass auch die Versichertentage der Mitgliedschaften einschließlich Familienversicherter zu melden sind, bei denen seit der letzten Korrekturmeldung Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Die Ergänzung bewirkt, dass § 323 SGB V auch für alle Mitgliedschaften gilt, die bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG außerhalb der Regelung nach § 323 SGB V storniert wurden.

Weiterhin ist u. E. hinsichtlich der in § 323 Absatz 5 vorgesehenen Prüfung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder eine entsprechende Bestimmung des Bundesversicherungsamtes zu Art und Umfang der durchzuführenden Prüfung erforderlich. Dies dient der Sicherstellung der Einheitlichkeit der Prüfungen, insbesondere vor dem Hintergrund eines hierfür aufgrund des Prüfumfanges eventuell erforderlichen Stichprobenverfahrens. Sollte die Prüfung der Bestandsbereinigung nicht im Rahmen einer Vollerhebung durchgeführt werden können, bedarf es zur inhaltlichen Legitimation und Akzeptanz festgestellter Rückzahlungsbeträge, die zudem einen Aufschlag enthalten, eines mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Hochrechnungsverfahrens.

3) Absenken der Mindestbeiträge für Selbständige

(zu Artikel 2 Nr. 3: Änderung § 240 Absatz 4 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbständige Mitglieder sowie den Wegfall der sogenannten Härtefallregelung ausdrücklich.

4) Altersrückstellungen bei Krankenkassen

(zu Artikel 1 Nr. 2: Änderung § 171e SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, über Aktienanlagen, die als hinreichend sicher bewertet werden können, eine deutlich bessere Rendite – auch unter Berücksichtigung von Risikoabschätzungen – als über festverzinsliche Anlagen erzielen zu können. Dabei sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren klargestellt werden, dass eine Einbeziehung des an Rückdeckungsversicherungen übertragenen Deckungskapitals bei der Berechnung dieser Quote explizit nicht gewollt ist.

Derzeit ist es auf Grund des äußerst niedrigen Zinsniveaus (teilweise sogar einer negativen Verzinsung) problematisch, interessante Geldanlagemöglichkeiten insbesondere für kurze Zeiträume, bis zu zwei Jahre, zu generieren. Insofern ist eine Neuausrichtung aus unserer Sicht notwendig und zielführend. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte deshalb grundsätzlich erwogen werden, ob eine adäquate Aktienquote nicht nur im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung, sondern für alle Geldanlagen eingeführt werden kann. Neben Aktien-Investitionen sollten grundsätzlich auch Investitionen in Unternehmensanleihen (nicht als Einzeltitel, sondern im Rahmen von Fondsanlagen, die bestimmten Sicherheitsanforderungen genügen müssen, z. B. Rating, staatsnahe Unternehmen, d. h. in Besitz von EU-Staaten, Gebietskörperschaften oder öffentlichen Einrichtungen) sowie die Möglichkeit der Beteiligung an Finanzierungsmaßnahmen von öffentlichem Interesse ermöglicht werden (wie z. B. Modernisierung von kommunalen Seniorenheimen, Schulen, Kindertagesstätten, Aufbau einer Infrastruktur für e-Mobilität). Hierzu ist auf konkrete Finanzierungskonzepte abzustellen. Darüber hinaus sind geeignete Absicherungen, wie Grundschuld, Verpfändung und Abtretungserklärungen, vorzuschreiben.

Wir sehen unsere Vorschläge hierbei im Kontext des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV) sowie einer notwendigen Flexibilisierung. Mit der Reform der Einlagensicherung zum 1. Oktober 2017 sind Schuldscheindarlehen aus der Einlagensicherung herausgenommen worden, Anlagen in Schuldscheindarlehen sind damit nicht mehr möglich. Mittelfristig werden alle Geldanlagen mit einer Laufzeit von mehr als 18 Monaten aus der Einlagensicherung herausgenommen. Die Reform der freiwilligen Einlagensicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2017 bzw. 1. Januar 2020 verschärft das Problem zusätzlich.

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen setzen enge Grenzen für nachhaltiges Handeln (§§ 80 ff. SGB IV) im Rahmen der Geldanlagen. Das führt dazu, dass Nachhaltigkeitsaspekte derzeit kaum berücksichtigt werden. Die Betriebskrankenkassen treten daher für eine

Erweiterung der Geldanlagemöglichkeiten mit Nachhaltigkeitskriterien ein. Über die Etablierung eines Nachhaltigkeitsleitfadens für die Sozialversicherung könnten verbindliche Regelungen zur Sicherung eines Qualitätsstandards erreicht werden.

III. Ergänzende Änderungen

1) Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz

§ 270 a SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen gemäß § 242 erhobenen Zusatzbeiträge nach Maßgabe der folgenden Absätze ein Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.“

b) In Absatz 2 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Einkommensausgleich erfolgt ausschließlich bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a SGB V. Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, wird für diesen Teil des Zusatzbeitragssatzes kein Einkommensausgleich durchgeführt.“

Begründung:

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde zum 1.1.2015 ein vollständiger Einkommensausgleich für den Zusatzbeitragssatz (ZBS) eingeführt. Ziel dieser Gesetzgebung war zu vermeiden, dass eine Krankenkasse bei gleichem Finanzierungsbedarf nur deshalb einen höheren Zusatzbeitragssatz erheben muss, weil ihre Mitglieder über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen verfügen.

Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch den vollständigen Einkommensausgleich jedoch teilweise in sein Gegenteil verkehrt: Krankenkassen, die ihre Mitglieder mit überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen besonders stark belasten müssen, steht selbst nicht zwangsläufig auch der höhere Beitrag zur Verfügung. Teilweise werden die auf diesem Wege erhobenen Finanzmittel zur Subventionierung besonders günstiger Beitragssätze anderer Krankenkassen genutzt.

Von der dargestellten Problematik sind insbesondere Krankenkassen in Ballungsgebieten betroffen. Ihre Mitglieder beziehen zwar einerseits höhere Einkommen, andererseits entstehen den Krankenkassen aber auch höhere Kosten durch eine teurere Versorgung. Werden einer Kasse dann über den vollständigen Einkommensausgleich die Vorteile der höheren Einkommen aus dem Zusatzbeitragssatz genommen, fehlen ihr Gelder zur Finanzierung der überdurchschnittlich hohen Ausgaben.

Die Verzerrungen können reduziert werden, wenn der Einkommensausgleich zumindest auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes begrenzt wird. Muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragsatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz erheben, erfolgt für den übersteigenden Prozentsatz kein Einkommensausgleich.

2) Reduktion bzw. Vermeidung von Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA

a) Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung (alternativ Regelung im TSVG)

Dem § 295 Absatz 3 SGB V wird der folgende Satz 2 angefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum (Datum einfügen) Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Absatz 6 gilt entsprechend.“

Begründung:

Im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung greift der Bewertungsausschuss zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten auf ein Patientenklassifikationssystem zurück, dessen Grundlage ambulante Behandlungsdiagnosen sind. Ambulante Diagnosen sind ebenfalls maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen durch den Morbi-RSA. Eine hohe Kodierqualität ist damit von ausschlaggebender Bedeutung.

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) schaffen Klarheit, denn sie definieren die Anwendung des gültigen internationalen Schlüsselsystems ICD-10-GM. Somit helfen sie dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln und die Morbidität der Patienten exakt abzubilden. AKR führen zu einer Vereinheitlichung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens und folglich zu einer Erhöhung der Kodierqualität und Pharmakovigilanz sowie einer Verbesserung der Datengrundlage für vertragsärztliche Abrechnung (Plausibilisierung) und RSA-Berechnung. Des Weiteren liefern AKR eine valide Datengrundlage für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und bilden die Basis für die Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es daher auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Die Vereinbarung von Kodierrichtlinien und deren Verankerung in der Arztabrechnungssoftware durch die Bundesmantelvertragspartner hat bis spätestens (Datum einfügen) zu erfolgen.

b) Ausschluss kassenindividueller Kodiermodule

Dem § 295 Absatz 3 SGB V werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Mit der Entwicklung der ambulanten Kodierrichtlinien nach Satz 1 ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut zu beauftragen, das Institut wird darüber hinaus mit der Konzeption und Durchführung eines einheitlichen Zertifizierungsverfahrens für den Einsatz von allgemeiner und Abrechnungssoftware für Selektivverträge in den Arztpraxen beauftragt. Individuelle Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern sind unzulässig.“

Begründung:

Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde klargestellt, dass eine beratende Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens auch über den Einsatz von Praxissoftware unzulässig ist. Ergänzend hierzu bedarf es einer einheitlichen Zertifizierung von Praxissoftware durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, um sicherzustellen, dass Manipulationen über sogenannte Schnittstellen zur Praxissoftware wirksam ausgeschlossen werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird lediglich die technische Kompatibilität dieser Schnittstellen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung überprüft. Die Inhalte bleiben jedoch ungeprüft. Über die Zertifizierung kann sichergestellt werden, dass innerhalb einer Praxissoftware die Integration krankenkassenindividueller Module zur Diagnosestellung unterbleibt. Die Zertifizierung soll sich nicht nur auf die Regelversorgung, sondern auch auf die Module zur Abrechnung zur Hausarztzentrierten Versorgung, Modellvorhaben sowie Selektivverträge der Krankenkassen beziehen.

Eine „einseitige Beeinflussung der Diagnosedokumentation zugunsten von Einzelkrankenkassen oder Krankenkassenarten“ ist damit ausgeschlossen.

c) Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen

§ 305a SGB V wird wie folgt geändert:

In der Aufzählung in Satz 1 ist der Zusatz „und die Krankenkassen“ zu streichen.

Begründung:

Das Verbot einer Beratung durch Krankenkassen oder von diesen beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen wurde im Rahmen des HHVG noch

einmal klarstellend unterstrichen. Es ist für die Prüfdienste allerdings nach eigener Aussage schwierig, dies durchgängig zu überwachen. Aus diesem Grund muss die Beratung durch Krankenkassen (insbesondere durch sog. „Arztbesuche“ in der ärztlichen Praxis) grundsätzlich verboten werden.

d) Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität

§ 272 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt prüft sämtliche Verträge im Hinblick auf Konformität mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen.“

Begründung:

Losgelöst von der Überprüfung einer rechtskonformen Ausgestaltung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, hat das speziell mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen betraute Referat beim Bundesversicherungsamt die Verträge von bundes- wie auch von landesunmittelbaren Krankenkassen auf Konformität mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu überprüfen. Dies gilt für alle Verträge – auch Bestandsverträge – auf deren Grundlage Daten in den Morbi-RSA gemeldet werden. Mit der Prüfung wird sichergestellt, dass mittels der Verträge kein Einfluss auf Kodierung zu RSA-Zwecken erfolgt.

e) Beschleunigung der Prüfungen nach §273 SGB und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen

§ 273 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach Absatz 2 Satz 3 hat innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Die Art des Verstoßes gegen die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, die Höhe des ermittelten Korrekturbetrages sowie der Name der betroffenen Krankenkasse sind auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes zu veröffentlichen. Sofern der Verstoß nach Satz 1 unaufgefordert und unmittelbar nach Bekanntwerden durch die

betroffene Krankenkasse angezeigt wurde, erfolgt keine Veröffentlichung des Kassennamens.“

Begründung:

Der Gesetzgeber hat das Bundesversicherungsamt mit der Aufgabe betraut, Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben zur RSA-Datenübermittlung zu prüfen und mit Strafzahlungen zu ahnden. Dies ist im Sinne einer Vermeidung von Manipulationen und zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Mechanismus des Morbi-RSA auch zwingend erforderlich.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA stellt in seinem aktuellen Gutachten zur Evaluation des Morbi-RSA jedoch fest, dass diese Prüfungen bislang lediglich für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 erfolgt sind. Damit besteht ein erheblicher zeitlicher Verzug zum letzten abgeschlossenen Ausgleichsjahr 2016. Mit der Vorgabe, dass die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen hat, soll diese Lücke geschlossen und damit für die gesetzlichen Krankenkassen auch (Rechts-)Sicherheit zu abgeschlossenen Ausgleichsjahren geschaffen werden.

Zudem muss ein Höchstmaß an Transparenz auch über die Tätigkeit der Prüfstellen bestehen. Derzeit ist unklar, welche Krankenkassen Korrekturbeträge für welchen Verstoß zahlen müssen. Die Vorgabe, die verhängten Korrekturbeträge zusammen mit der Art des Verstoßes und dem Namen der entsprechenden Krankenkasse zu veröffentlichen, würde im Hinblick auf rechtswidrige Einflussnahmen abschreckend wirken und das Vertrauen in das System erhöhen. Von der Veröffentlichung des Namens der Krankenkasse sollte abgesehen werden, wenn die Krankenkasse den Verstoß selbst und unaufgefordert beim Bundesversicherungsamt anzeigt.

3) Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA und Bereitstellung einer Datenstichprobe

§ 268 Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs auf den Krankenkassenwettbewerb sind regelmäßig im Zwei-Jahres-Rhythmus, erstmalig für das Ausgleichsjahr 2017, zu evaluieren. Die Vergabe der Gutachtenaufträge erfolgt durch das Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht die Ergebnisse der Gutachten auf seiner Homepage und stellt sie in einem Bericht im Deutschen Bundestag vor.

Das Bundesversicherungsamt stellt den gesetzlichen Krankenkassen und der Wissenschaft jährlich und rückwirkend ab dem Jahr 2015 einen Datensatz in Form einer kassenarten-übergreifenden einfachen Zufallsstichprobe für Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-

RSA zur Verfügung. Der Datensatz repräsentiert zehn Prozent der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er enthält die anonymisierten, um die Kassenzuordnung bereinigten Daten aus dem Standardverfahren des Risikostrukturausgleichs sowie aus den Satzarten zu den Sondergutachten des Bundesversicherungsamtes zum Stand des jeweiligen Schlussausgleichs. Vor der Datenbereitstellung für das Ausgleichsjahr 2018 ist das Stichprobenverfahren in Bezug auf Güte, Stichprobengröße und mögliche Schichtung der Stichprobe gutachterlich zu bewerten.“

Begründung:

Für viele Sachverhalte sieht das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits (regelmäßig) eine Überprüfung dahin vor, ob die politisch angestrebten Ziele erreicht werden. Für den Risikostrukturausgleich und seine Auswirkungen auf den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen besteht diese Vorgabe nicht. Da der Risikostrukturausgleich als zentraler Finanzmechanismus der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich für die Flankierung eines solidarischen Wettbewerbs ist, ist eine regelmäßige Evaluation seiner Wettbewerbswirkungen erforderlich. Diese Evaluation ist gesetzlich verankert im Zwei-Jahres-Rhythmus durchzuführen. Damit besteht die Möglichkeit, im Fall von Fehlentwicklungen gesetzgeberisch frühzeitig gegenzusteuern und gleichzeitig die Debatte um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu versachlichen. Die Gutachtaufträge werden an Wissenschaftler ohne Interessenskonflikte vergeben. Die Ergebnisse der regelmäßigen Evaluation sind der Politik, der Wissenschaft und den gesetzlichen Krankenkassen zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als „lernendes System“ unterliegt nach § 268 SGB V einer permanenten Weiterentwicklung. Aufgrund fehlender Daten über die Gesetzliche Krankenversicherung sind Krankenkassen und ihre Verbände, aber auch die breite Wissenschaft, derzeit nur eingeschränkt in der Lage, Gutachternvorschläge nachzuvollziehen und eigene Vorschläge zu Weiterentwicklung des Verfahrens einzubringen. Durch die Bereitstellung eines Forschungsdatensatzes wird die Transparenz hinsichtlich der Wirkung von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt.

In den Jahren 2009 bis 2012 wurde bereits eine Stichprobe zur Bestimmung der Kostengewichte des MRSA genutzt. Die Größe der Stichprobe wurde unter Bezugnahme eines wissenschaftlichen Gutachtens auf rund sieben Prozent der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Auch wenn im Jahr 2013 auf Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt das Verfahren auf eine Vollerhebung umgestellt wurde, erscheint die Festsetzung der Stichprobengröße auf zehn Prozent der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung sachgerecht: Sie reduziert die damals konstatierten Mängel der

Stichprobe und trägt gleichzeitig der seither erfolgten Ausdifferenzierung des Klassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Rechnung. Die Stichprobengüte, das Stichprobenverfahren und die Stichprobengröße sollen zeitnah auf Basis eines statistischen Gutachtens einer Bewertung unterzogen werden. Das Gutachten soll konkrete Verbesserungsvorschläge, insbesondere zur Güte der Stichprobe, enthalten.

Zur Wahrung des Datenschutzes werden die Daten anonymisiert. Zum Schutz der Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen wird die Zuordnung der Daten zu den einzelnen Krankenkassen eliminiert.

4) Freiwillige finanzielle Hilfen - § 265b SGB V

§ 265b SGB V wird wie folgt geändert:

- a. In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „*derselben Kassenart*“ gestrichen.
- b. In Absatz 1 Satz 1 wird in Nr. 2 ein Komma eingefügt sowie das Wort „*oder*“ gestrichen.
- c. In Absatz 1 Satz 1 wird eine Nr. 3 „*sie vor sonstigen finanziellen Risiken zu schützen oder*“ hinzugefügt.
- d. Absatz 1 Nr. 3 wird zu Absatz 1 Nr. 4.
- e. In Absatz 1 Satz 2 wird vor „*Hilfeleistung*“ der Passus „*im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbar*“ eingefügt.

Begründung:

Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 setzen die bereits existierende oder eine drohende Notsituation einer Krankenkasse bzw. das Vorliegen eines Haftungsfalles voraus. Es ist jedoch nicht in jedem Fall sachgerecht, vor der Gewährung finanzieller Hilfen zunächst abzuwarten, bis die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse konkret gefährdet bzw. bereits eine finanzielle Notlage (bilanzielle Überschuldung) eingetreten ist, die – ohne Finanzhilfen anderer Krankenkassen – eine Kassenschließung unumgänglich machen würde. Vielmehr ist es sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn Finanzrisiken nicht durch eigenes Handeln der Krankenkasse verschuldet sind, sondern auf von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Faktoren wie Gesetzesänderungen beruhen.

Die Jahresabschlüsse der Krankenkassen etwa sind durch die Bildung von Schätzverpflichtungen geprägt, da zum Erstellungszeitpunkt weder die Abrechnungen der Leistungserbringer für das jeweilige Geschäftsjahr vollständig vorliegen, noch die Einnahmehasis abschließend geklärt ist. So findet die Schlussabrechnung des Gesundheitsfonds (der auch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beinhaltet) erst ein halbes Jahr nach Aufstellung der Jahresrechnung für das betroffene Ausgleichsjahr statt. Durch diese Situation wird eine Krankenkasse dem Risiko ausgesetzt, zum Zeitpunkt der Haushaltsplanung ihre tatsächliche Finanzlage nicht richtig einzuschätzen.

Es sollte den Krankenkassen daher möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen und hierüber z. B. auch Haftungsverbünde einzugehen.

In Verträgen nach Absatz 1 ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. Hierzu bestimmen die Vertragsparteien u. a. bereits im Zeitpunkt des Vertragsschlusses die Zahlungsverpflichtungen und Ansprüche oder aber ein Regelsystem, durch welches die Verpflichtungen und Ansprüche im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbar werden. Da Verträge nach Absatz 1 Nr. 3 Krankenkassen bereits frühzeitig vor Finanzrisiken schützen und damit präventiv, d.h. vor Realisierung eines Risikos, wirken sollen, ist die Höhe der Leistungsgewährung sowie die Bestimmung von Gläubiger und Schuldner im Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht unbedingt absehbar. Um dem Bestimmtheitsgrundsatz dennoch Rechnung zu tragen, muss bei Vertragsschluss zumindest ein Regelsystem vereinbart werden, nach welchem sich später die Höhe der Verpflichtungen sowie die Gläubiger und Schuldner klar bestimmen lassen. Darüber hinaus soll in den Verträgen nach Nr. 3 sichergestellt werden, dass Zahlungsverpflichtungen nicht dazu führen, dass der Schuldner durch die Verpflichtung nicht selbst in eine finanzielle Notlage gerät.

5) Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen

§305b SGB V wird wie folgt geändert:

a) § 305b S. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung inklusive der Erläuterungen aus dem Anhang in einer für die Versicherten verständlichen Weise.“

b) § 305b S. 3 wird wie folgt gefasst:

„Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben, zur Vermögenssituation sowie Erläuterungen zu den in der Bilanz gebildeten und aufgelösten gebuchten Forderungen und Verpflichtungen.“

Begründung:

Derzeit ist die Transparenz hinsichtlich der Buchungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen gering. Entsprechend besteht ein gewisser Spielraum, ein bestimmtes Geschäftsergebnis auszuweisen. Auf Grund des Imparitäts- bzw. Vorsichtsprinzips, das von den Krankenkassen bei der Bilanzierung anzuwenden ist, sind drohende Verpflichtungen, die in der Höhe zum Bilanzierungszeitpunkt noch ungewiss sind, kassenindividuell zu schätzen. Zudem werden sich abzeichnende positive Geschäftsverläufe nachweislich dazu genutzt, um Rückstellungen für die betriebliche Altersvorsorge der Mitarbeiter zu bilden, die in der jeweiligen Höhe nicht in dem betreffenden Geschäftsjahr nicht gebildet werden müssten, aber Risiken in der Zukunft abfedern. Der Öffentlichkeit und dem Versicherten bekannt wird somit ein Geschäftsergebnis, das gerade im Hinblick auf die angelegten Bewertungsmaßstäbe interpretationsbedürftig ist und von der Finanzrealität der Krankenkasse teils sogar erheblich abweichen kann.

Intention des Gesetzgebers war es jedoch, Transparenz zu den Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen herzustellen. Konsequenterweise sollten daher in die Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen auch Erläuterungen zu den gebuchten Forderungen und Verpflichtungen aufgenommen werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(10)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-200
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

— **Stellungnahme**
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 01.10.2018

- zum Antrag „Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“ der FDP Fraktion
(Drucksache 19/4320)
-

In ihrem Antrag „Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige“ fordert die FDP-Fraktion, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige auf die Geringfügigkeitsgrenze, in Höhe von derzeit 450 Euro, abzusenken.

Grundlage für die Beitragsbemessung bei hauptberuflich Selbständigen bilden die durch den Einkommenssteuerbescheid nachgewiesenen Einkünfte. Eine **Verbeitragung des tatsächlichen Einkommens**, wie im Antrag vorgeschlagen, entspricht geltendem Recht. Dies trifft auch auf die Forderung nach einem **jährlich rückwirkenden Nachweis von Einkünften anhand des Einkommensteuerbescheides** zu.

Als hauptberuflich ausgeübt ist eine selbständige Tätigkeit anzusehen, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Wenngleich die Geringfügigkeitsgrenze von derzeit 450 EUR für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit einer selbständigen Tätigkeit keine Bedeutung hat, erscheint es realitätsfremd, bei hauptberuflich Selbständigen pauschal ein Einkommen in Höhe von 450 EUR zu unterstellen. Es kommt äußerst selten vor, dass jemand über Jahre hauptberuflich ein Geschäft führt und dabei dauerhaft unter 450 Euro verdient. Eine Beitragsbemessung auf dieser Einkommensbasis dürfte die absolute Ausnahme sein.

Zu beachten ist außerdem, dass die Verbeitragung der freiwilligen Mitglieder im Durchschnitt kostendeckend erfolgen muss. Freiwillige Mitglieder dürfen nicht zu Lasten der Pflichtversicherten unverhältnismäßig niedrige Beitragskonditionen erhalten und in der Folge die Solidargemeinschaft der Beitragszahler belasten. Dieses gilt umso mehr, als die Beitragsbemessung bei Selbständigen nicht wie bei anderen Versicherten an das Bruttoeinkommen, sondern an das Nettoeinkommen anknüpft und damit steuerrechtliche Gestaltungsvorteile genutzt werden können. Insofern lehnen die Betriebskrankenkassen den Vorschlag einer **Absenkung der Mindestbemessungsgrenze für hauptberuflich Selbstständige auf 450 Euro monatlich** ab.

Darüber hinaus ist die Beitragsbemessung bei hauptberuflich Selbständigen im Gesamtgefüge zu betrachten; folgende Aspekte gilt es zu berücksichtigen:

- Aufrechterhaltung der Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung der GKV
Das Solidarprinzip ist die Basis der GKV. Änderungen der Beitragsbemessung einzelner Personengruppen dürfen nur mit Blick auf das Gesamtgefüge erfolgen.
- Einpreisen steuerrechtlicher Vorteile bei Selbstständigen
Bei hauptberuflich Selbstständigen wird das Nettoeinkommen verbeitragt, so dass bei den Erwägungen zur Reduzierung der Beiträge für diese Personengruppe deren steuerrechtlicher Gestaltungsspielraum einzubeziehen ist sowie auch die Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV.
- Beitragsgerechtigkeit gewährleisten
Eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige kann nur mit Blick auf andere Personenkreise diskutiert werden. Die Zielsetzung des Konstrukts von Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen und damit der Differenzierung zwischen *freiwillig versicherten hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen* sowie *sonstigen freiwilligen Mitgliedern* muss auch zukünftig beibehalten werden. Eine Bevorzugung der hauptberuflich Selbstständigen, die durch die Solidargemeinschaft finanziert würde, ist strikt abzulehnen. Nur durch eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Personengruppen der freiwillig in der GKV Versicherten wird eine angemessene und insgesamt ausgewogene Beitragsbelastung gewährleistet. Härtefälle sollten durch sozialrechtliche Mechanismen aufgefangen werden und nicht durch die GKV und deren Beitragszahler.
- Keine Subvention prekärer Selbstständigkeit durch die Solidargemeinschaft der GKV
Das mit einer selbstständigen Tätigkeit verbundene Unternehmerrisiko darf nicht – auch nicht partiell – auf andere übertragen werden, auch nicht auf die Beitragszahler der GKV. Es sollten keine weiteren (politischen) Anreize für die Verlagerung von regulär sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen in prekäre Klein- bzw. Scheinselbstständigkeiten geschaffen werden.
- Kostendeckende Verbeitragung sicherstellen
Eine kostendeckende Verbeitragung über alle Personenkreise der Solidargemeinschaft der GKV muss gewährleistet werden.

Die Betriebskrankenkassen befürworten in diesem Zusammenhang die geplante Absenkung Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige auf

den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße, wie im Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vorgesehen.

Eine **Anpassung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung der Studenten** ist abzulehnen. Für Studierende gilt bereits eine besondere Bemessungsgrenze, die vor dem Hintergrund deren besonderer wirtschaftlicher Situation geschaffen wurde. Es gilt der monatliche BAföG-Bedarfssatz für Studierende, die nicht bei ihren Eltern wohnen (2018: 649 Euro monatlich). Flankiert wird dieses durch die Möglichkeit der (beitragsfreien) Familienversicherung bzw. einen Zuschuss zu den Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung durch das BAföG.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(11)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-200
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 01.10.2018

zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE
„Geringverdienende Selbstständige und andere frei-
willig Versicherte entlasten“
(Drucksache 19/102)
und
„Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Kranken-
versicherung im Jahr 2019“
(Drucksache 19/4244)

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 01.10.2018 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“ (Drucksache 19/102) und „Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019“ (Drucksache 19/4244)

Die Fraktion DIE LINKE fordert in ihren Anträgen „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten“ und „Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019“ eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage aller freiwillig Versicherter auf 450 Euro monatlich sowie einen Schuldenschnitt für die im Zusammenhang mit der Zahlung von Mindestbeiträgen entstandenen Beitragsschulden. Aufgrund des Sachzusammenhangs nimmt der BKK Dachverband zu beiden Anträgen gemeinsam wie folgt Stellung:

Mit einer Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwilligen Mitglieder entfällt eine Differenzierung zwischen den hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen und den sonstigen Gruppen der freiwilligen Mitglieder. Während bei hauptberuflich Selbstständigen das Nettoeinkommen verbeitragt wird und sie somit steuerrechtlicher Gestaltungsvorteile nutzen können, ist dies bei beispielsweise bei freiwillig versicherten Rentner oder Studenten nicht der Fall. Insofern stellt sich die Frage, ob eine Angleichung auf eine einheitliche Bemessungsgrundlage nicht eine ungerechtfertigte Bevorzugung der Selbstständigen darstellt.

In der Diskussion um die Absenkung der Beiträge darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Förderung der Selbstständigkeit als wichtiger Bestandteil der Agenda 2010 eine arbeitsmarktpolitische Entscheidung war. Die Förderung der Selbstständigkeit gab auch den Impuls für die Auslagerung von vormals sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen in die Selbstständigkeit. Um Sozialversicherungsbeiträge einzusparen, lagern Unternehmen fortwährend mehr Tätigkeiten an selbstständige Auftragnehmer aus.

Wie sich nun zeigt, war die arbeitsmarktpolitische Förderung der Selbstständigkeit allerdings für viele Menschen der Weg in prekäre Einkommensverhältnisse. Die Subventionierung nicht auskömmlicher Geschäftsmodelle durch die Beitragszahler der GKV ist keine gerechte und langfristig tragfähige Lösung. Mehr noch bestünde die Gefahr, dass bei einer Absenkung der Krankenkassenbeiträge ohne flankierende Maßnahmen die arbeitsmarktpolitisch höchst unbefriedigende Lage zementiert und sogar Anreize geschaffen würden, weitere Arbeitsplätze aus dem regulären Arbeitsmarkt auszulagern.

Im Allgemeinen ist zu beachten, dass die Verbeitragung der freiwilligen Mitglieder im Durchschnitt selbst kostendeckend geschehen muss, da sie – anders als Pflichtmitglieder – die Versicherung in der GKV oder der PKV frei wählen können. Freiwillige Mitglieder sollten nicht zu Lasten der Pflichtversicherten unverhältnismäßig niedrige Beitragskonditionen erhalten und in der Folge die Solidargemeinschaft der Beitragszahler belasten.

Zweifellos ist dem Schutzbedürfnis von Menschen in prekären Einkommenslagen nachzukommen. Allerdings würde die Solidargemeinschaft der GKV überfordert, sollte diese Aufgabe allein ihr zugewiesen werden. Insofern lehnen die Betriebskrankenkassen den Vorschlag einer **Absenkung der Mindestbemessungsgrenze aller freiwillig Versicherter auf 450 Euro monatlich** ab. Der Vorschlag zur Absenkung der Beiträge zur Krankenversicherung aller freiwilliger Versicherten ist vielmehr in einem größeren Kontext zu diskutieren, auch die Absicherung im Alter, bei Erwerbsminderung oder im Falle eines Unfalls muss geklärt werden.

Einen **Schuldenschnitt** lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Insgesamt spricht viel dafür, dass der Anstieg der Beitragsschulden der GKV im Zusammenhang mit der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV, § 188 Absatz 4 SGB V) zum 1. August 2013 steht. Seit Einführung der oAV stiegen die Beitragsrückstände bei den freiwillig Versicherten von 1,4 Mrd. EUR im September 2013 auf 5,9 Mrd. EUR im September 2017. Es ist zu vermuten, dass dieser Anstieg weniger auf eine Zunahme der Beitragsrückstände bei Selbstständigen zurückzuführen ist. Gerade im Hinblick mit den im Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) geplanten Bereinigung der oAV um unrechtmäßige Versicherungsverhältnisse, ist ein massiver Rückgang der Beitragsschulden zu erwarten. Zu bedenken ist außerdem, dass der geforderte Schuldenerlass gegenüber denjenigen eine erhebliche Ungerechtigkeit darstellen würde, die trotz geringer Einkünfte und Zahlungsschwierigkeiten stets Beitragszahlungen geleistet haben.

Eine **Benachteiligung von Personen, die Sozialhilfe beziehen**, und von nicht erwerbstätigen EU-Bürgerinnen und -Bürgern wird nicht erfolgen. Gemäß dem Gesetzentwurf bleibt die Mitgliedschaft in der GKV bestehen, wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche

Aufenthalt in Deutschland in der Vergangenheit festgestellt wurde. Wird dieser irrtümlich erst später bekannt und ist die Mitgliedschaft in der GKV zunächst beendet worden, greift bei Vorliegen der Voraussetzungen die sogenannte Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, d. h. der Krankenversicherungsschutz wird rückwirkend wiederhergestellt. Das gilt ausnahmslos und somit auch für Personen, die Sozialhilfe beziehen. Mit Blick auf nicht erwerbstätige Unionsbürger und ihre Familien stellt sich diese Frage allerdings nicht, da insoweit kein Zusammenhang besteht. Gemäß § 4 des Gesetzes über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern (Freizügigkeitsgesetz/EU – FreizügG/EU) haben nicht erwerbstätige Unionsbürger und ihre Familienangehörigen das Recht zur Einreise und zum Aufenthalt in Deutschland nur dann, wenn sie bereits über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen.

Eine **Beschränkung der Bereinigung inaktiver Mitgliedschaften auf Saisonarbeitnehmer** greift zu kurz. Soweit die Ursache der Beitragsschulden in der GKV überwiegend in der oAV vermutet werden, zielt das Gesetz auf die Bereinigung der in diesem Zusammenhang stehenden unrechtmäßigen Mitgliedschaften ab. Die Saisonarbeiter sind dabei durchaus eine präzise und vermutet große Personengruppe. Da jedoch in der Vergangenheit eine besondere Kennzeichnung „Saisonarbeiter“ fehlte und um dem Ziel des Gesetzgebers umfassend Rechnung zu tragen, sollte die GKV nach Ansicht der Betriebskrankenkassen alle freiwilligen Versicherungen überprüfen.

Eine **Absenkung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung der Studenten** ist abzulehnen. Für Studierende gilt bereits eine besondere Bemessungsgrenze, die vor dem Hintergrund deren besonderer wirtschaftlicher Situation geschaffen wurde. Es gilt der monatliche BAföG-Bedarfssatz für Studierende, die nicht bei ihren Eltern wohnen (2018: 649 Euro monatlich). Flankiert wird dieses durch die Möglichkeit der (beitragsfreien) Familienversicherung bzw. einen Zuschuss zu den Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung durch das BAföG.

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(12)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -

GKV-VEG

1.10.2018



Stellungnahme des IKK e.V. zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung

**GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG
BT-Drucksache 19/4454**

01.10.2018

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 16 Ruhen des Anspruchs	5
§ 171e Deckungskapital für Altersversorgungspflichtigen	6
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft	7
§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	8
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 1)	9
§ 260 Betriebsmittel	11
§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	14
§ 271 Gesundheitsfonds	16
§ 323 (neu) Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4	17
Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	20
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 4)	20
§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung	22
§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug	23
§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte	24
Forderungen des IKK e.V. zum Themenkomplex „Fälligkeitsdatum der Sozialversicherungsbeiträge verschieben“	25

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) zielt auf die Umsetzung eines Teils der im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Vorhaben und weiterer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Rückkehr zur paritätischen Aufbringung der Mitgliedsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und die Beendigung der alleinigen Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass den Beitragszahlern nach wie vor Lasten aufgelegt werden, die ordnungspolitisch korrekt aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Der Koalitionsvertrag hat hierzu z. B. im Zusammenhang mit der Einführung von kostendeckenden Beiträgen für ALG-II-Bezieher Maßnahmen in Aussicht gestellt, die der Gesetzentwurf noch schuldig bleibt.

Überraschenderweise regelt der Gesetzentwurf auch Fragen der Finanzplanung der Kassen und greift damit erneut massiv in die Beitragssatzautonomie der Kassen ein.

Gesetzlich definierte Höchstgrenzen für die Finanzreserven der Kassen und damit verbundene Abbaumechanismen lehnen die Innungskrankenkassen ab. Die erst kürzlich wieder errungene Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut außer Kraft gesetzt. Auch bedarf es in der GKV keiner zusätzlichen Förderung des Preiswettbewerbs durch erzwungene Beitragssatzabsenkungen.

Dass mit dem Gesetzesentwurf nunmehr endlich eine Reform des Morbi-RSA vorgesehen ist, wird grundsätzlich begrüßt. Denn ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV – und damit auch für die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen – ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Hier besteht echter Handlungsdruck.

Wir fordern insofern eine derart tiefgreifende Reform des Morbi-RSA, dass diese einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten ohne Manipulationsanreize und unter Bewahrung von Präventionsanreizen sicherstellt. Als kurzfristige Übergangsregelung regen wir eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an.

Im Hinblick auf einen manipulationsfreien Morbi-RSA begrüßen die Innungskrankenkassen ausdrücklich die rückwirkende Bereinigung der OAV-Meldungen.

Die Rechtmäßigkeit rückwirkender Bestandsbereinigungen und daraus resultierender Korrekturen für den Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich hat das Bundessozialgericht bereits 2003 festgestellt (BSG: Urt. v. 24.01.2003, Az.: B 12 KR 17/01.R), sodass keine verfassungsrechtlichen Bedenken vorliegen. Die Einwände des Bundesrates können insofern nicht überzeugen.

Bei der einzuführenden Regelung muss sichergestellt werden, dass die Bestandsbereinigung und die damit verbundene Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht verfälscht werden kann (bspw. durch eine kurzfristige Bereinigung des Mitgliederbestandes vor Inkrafttreten des Gesetzes). Die Bereinigung muss sich auf alle strittigen freiwilligen Versicherungsverhältnisse (so z. B. auch die unter § 9 SGB V fallenden Versicherungsverhältnisse) erstrecken.

Neben den Finanzierungsfragen greift der Gesetzentwurf auch weitere Themen aus dem Koalitionsvertrag auf, wie die Frage der Beitragsbemessung für Selbstständige. Die Notwendigkeit der Anpassung der Beitragsbemessung für Selbstständige ist nicht zu leugnen. Eine Beitragsrechtsreform muss aber die Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung aufrechterhalten und sich auch mit den Auswirkungen auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Deutschland beschäftigen. Die isolierte Betrachtung der Absicherung im Krankheitsfall greift zu kurz. Auch die Altersversorgung der Selbstständigen muss auf die politische Agenda. Der Koalitionsvertrag hat hierzu Maßnahmen in Aussicht gestellt, die der Gesetzentwurf noch schuldig bleibt. Darüber hinaus liegt die hier angesetzte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf Höhe des 80. Teils der monatlichen Bezugsgröße unterhalb der Mindestlohngrenze. Dadurch werden Einkommen, die bereits heute nicht zum Leben reichen, legitimiert und im Zweifel sogar gefördert. Mehr noch: in der Folge könnte es zu einer verstärkten Auslagerung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigten in die (Schein-)Selbstständigkeit kommen. Die schon heute kritisch betrachteten arbeitsmarktpolitischen Entscheidungen der Agenda 2010 werden weiter zementiert. Deshalb lehnen die Innungskrankenkassen diese Regelung ab und schlagen im Konsens mit dem GKV-Spitzenverband stattdessen vor, eine Absenkung auf den 60. Teil der Bezugsgröße vorzunehmen. Für eine umfassende Analyse und die Erarbeitung langfristig tragfähiger Reformvorschläge empfiehlt sich die Einberufung einer Enquetekommission unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktexperten.

Gleichwohl gehen die beabsichtigten Regelungen des Gesetzentwurfs an anderer Stelle über die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag hinaus. Dazu zählen die Bereinigung der Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen und die Erhöhung des Aktienanteils für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen. Beides begrüßen die Innungskrankenkassen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 16 Ruhen des Anspruchs

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass Beiträge im Falle der Bedürftigkeit ganz oder teilweise durch Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe übernommen werden.

Bewertung

Es handelt sich hierbei um eine neue Regelung, die sich auf die rechtlichen Voraussetzungen des Leistungsruhens nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V stützt. Dabei eröffnet der Halbsatz „Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand“ Interpretationsspielräume, die geschlossen werden sollten. Sind mit dieser Formulierung nur volle Soll-Monate gemeint oder kann der Beitragsrückstand auch aus kleineren Rückstandsanteilen mehrerer Monate bestehen, die aber insgesamt einen Betrag ergeben müssen, der zwei vom Mitglied selbst zu tragende Anteile der Monatsbeiträge erreichen muss?

Änderungsvorschlag

Der Interpretationsspielraum in der Aussage zur Höhe der Beitragsanteile sollte präzisiert werden. Im Sinne der Zielsetzung sollte von vollen Soll-Monaten gesprochen werden.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 171e Deckungskapital für Altersversorgungspflichten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Begrenzung des Aktienanteils für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für die Altersrückstellungen der Krankenkassen wird von 10 auf 20 Prozent erhöht.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung.

Die bislang für die gesetzlichen Krankenkassen geltende Aktienquote von 10 Prozent war an der alten Fassung des Versorgungsrücklagegesetzes orientiert, die mit dem Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 05.01.2017 (BGBl. I S. 17) auf 20 Prozent erhöht wurde.

Ein Aktienanteil von 20 Prozent ist bei dem langen Anlagehorizont der Altersversorgungsverpflichtungen bis zum Jahr 2049 vertretbar und kann zu einer deutlichen Renditeverbesserung führen.

Die vorgeschlagene Neuregelung sollte darüber hinaus auch für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 SVRV gelten.

Änderungsvorschlag

In § 171e Absatz 2a wird ein neuer Satz 5 angefügt:

„Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Absatz 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Absatz 2a entsprechend.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung bestimmt, dass freiwillige Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig nicht mehr im Wege der obligatorischen Anschlussversicherung begründet oder aufrecht erhalten werden, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts ermitteln kann.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich.

Nach bisheriger Rechtslage ist eine Mitgliedschaft auch dann zu begründen, wenn die Krankenkasse nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht klären konnte, ob das Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlassen hat. Die geltende Regelung löste in derartigen Fällen Beitragsforderungen mit dem Höchstbetrag aus, die regelmäßig nicht erfüllt wurden und im Laufe der Zeit mit den hinzutretenden Nebenforderungen zu erheblichen Beitragsrückständen geführt haben.

Die vorliegende Regelung greift die Vorschläge der Krankenkassen auf und beseitigt damit die Problematik zur Anhäufung der immensen Beitragsrückstände für den betroffenen Personenkreis in der Zukunft, ohne den gesetzlich beabsichtigten lückenlosen Versicherungsschutz aller in der GKV Versicherten auszuhöhlen. Sollte sich im Einzelfall nachträglich eine Unterbrechung im Versicherungsverlauf zeigen, kommt für diese Zeit die Auf-fang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V zur Geltung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 5 sieht vor, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes endet, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Die Annahme wird wirksam, wenn das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt, noch Leistungen in Anspruch nimmt (auch Angehörige) und der Krankenkasse die Ermittlung des Aufenthaltsortes nicht möglich ist.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung.

Insgesamt entspricht die Neuregelung der Forderung der Krankenkassen, die dem Bundesministerium für Gesundheit mit dem Schreiben des GKV-Spitzenverbandes am 21.08.2017 übermittelt wurde. Die vorliegende Regelung beseitigt nachhaltig die Problematik der rückständigen Beiträge, ohne den gesetzlich beabsichtigten lückenlosen Versicherungsschutz aller in der GKV Versicherten auszuhöhlen. Sollte sich im Einzelfall nachträglich eine Unterbrechung im Versicherungsverlauf zeigen, kommt für diese Zeit die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V auf Antrag zu Stande.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 1)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 SGB V ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern durch Nachweis geringerer Einkünfte die Festsetzung zum Höchstbeitrag für vergangene Zeiträume zu korrigieren. Praktisch wird die Frist von heute drei Monaten auf zwölf Monate verlängert. Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag in den Fällen vor, wenn u.a. eine Bedürftigkeit nach dem SGB II besteht. Ein Säumniszuschlag nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge soll in diesen Fällen nach Sätzen 3 und 4 nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung erhoben werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die beabsichtigte Neuregelung ab.

Die Mitglieder müssen regelmäßig (jährlich) einen Einkommensnachweis führen. Weisen diese ihre beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht nach, müssen sie gemäß § 240 Absatz 1 Satz 2 (in der aktuellen Fassung) den Höchstbeitrag zahlen. Wird der Nachweis niedrigerer Einnahmen nach bestehender Verwaltungspraxis nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der endgültigen Festsetzung des Höchstbeitrages erbracht, müssen diese Mitglieder Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ausgehend von der Beitragsbemessungsgrenze leisten, auch wenn dies nicht ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht. Nach bisheriger Rechtslage ist in diesen Fällen eine Änderung dieser Beitragseinstufung grundsätzlich nur für die Zukunft und nicht mehr für vergangene Zeiträume möglich.

Mit der Neuregelung soll das Zeitfenster für das Einreichen der Unterlagen von drei Monaten auf zwölf Monate verlängert werden. De facto entstanden in der Praxis die Beitragsrückstände nämlich nicht durch ein zu enges Zeitfenster, sondern durch Nachlässigkeit der Mitglieder.

Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des

Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreitet.

Der Ansatz ist sozialpolitisch verständlich, aber in der praktischen Umsetzung schwierig bzw. missbräuchlich. Ursächlich dafür ist der verwendete unbestimmte Begriff „hinreichende Anhaltspunkte“. Der Versuch, diese zu konkretisieren (Vorliegen der Bedürftigkeit, Vermögenslosigkeit), wird über den weiteren Satz „Die Krankenkasse muss zudem weitere Informationen über das Mitglied und dessen Familienverhältnisse prüfen“ konterkariert und stellt die praktische Umsetzung in Frage. Auch fehlt ein zeitlicher Rahmen.

Ferner ist auch die Regelung, nach der in den angesprochenen Sachverhalten Säumniszuschläge im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung zu erheben sind, nicht sachgerecht. Für die Beurteilung der Höhe des Säumniszuschlages sind ausschließlich die Tatsachen und Rechtsverhältnisse zum Zeitpunkt der ursprünglichen Festsetzung der Säumniszuschläge relevant. Die Erhebung des Säumniszuschlages kann durch eine nachträgliche Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht beeinflusst werden. Die Regelung wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 260 Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen, bestehend aus Betriebsmitteln einschließlich der Rücklagen, wird auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Aus der bisherigen Soll-Vorschrift wird eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung können die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Antrag eine höhere Obergrenze festlegen, soweit dies erforderlich ist.

Um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Krankenkassen, die ihre Finanzreserven entsprechend den vorgegebenen Fristen nicht abgebaut haben und die zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, haben den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.

Die Neuregelung gilt ab 01.01.2020 unter der Bedingung, dass der Risikostrukturausgleich zuvor gesetzlich weiterentwickelt wurde.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die beabsichtigten gesetzlich zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen und die mögliche Abführung der die Obergrenze übersteigenden Beträge an den Gesundheitsfonds ab.

Tatsächlich ermöglichen die derzeit hervorragende konjunkturelle Ausnahmesituation nahe der Überauslastung und die durch die meist jungen und gesunden Neuzugänge gedämpften Ausgabenzuwächse aktuell GKV-weite Beitragssatzsenkungen. Die langfristige Entwicklung, dass die Ausgaben der GKV stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen, ist dadurch allerdings nur kurz verzögert. Der seit Jahresanfang fallende Ifo-Index, aber auch die kürzlich gesenkte Konjunkturprognose der Bundesregierung deuten

bereits auf ein Ende des Wirtschaftsaufschwungs. Auf der Ausgabenseite haben bereits beschlossene Gesetze, wie das Krankenhausstrukturgesetz oder das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, ihre Wirkung noch nicht vollends entfaltet. Neue Vorhaben, wie das im Koalitionsvertrag beschlossene Sofortprogramm für die Pflege oder die Anpassung der Krankenhausvergütung, verstärken den Druck auf die Ausgaben ebenso wie die fortschreitende demografische Alterung.

Aus unserer Sicht ist eine Konjunkturspritze in Form des Abschmelzens von Rücklagen nicht heute, sondern künftig – bei einer Rückkehr zum langjährigen Trend – geboten. Dazu bedarf es keiner gesetzlichen Regelung, sondern geschieht von den Krankenkassen im Interesse ihrer Mitglieder und der Arbeitgeber über mittelfristig stabile Beitragssätze.

Die beabsichtigte kurzfristige Abschmelzung der Finanzreserven bietet darüber hinaus Fehlanreize zu ungerechtfertigten Ausgabenanstiegen. Mögliche Zwangsabführungen von Vermögen an den Gesundheitsfonds verschärfen diese Anreize.

Auch bedarf es in der GKV keiner zusätzlichen Förderung des Preiswettbewerbs. Krankenkassen, die von ihren Mitgliedern höhere Beiträge erheben als nötig, leisten sich bewusst einen Wettbewerbsnachteil. Durch die beabsichtigten kurzfristigen Beitragssatzsenkungen besonders vermögender Krankenkassen würden sich aber vor allem bestehende Marktkonzentrationen, wie in Sachsen und Thüringen, verstärken.

Die erst kürzlich wieder errungene Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut außer Kraft gesetzt. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Die beabsichtigte Einführung von Vermögensobergrenzen beseitigt aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht die Problemursache. Ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV – und damit auch die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen – ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Hier besteht echter Handlungsdruck. Insofern begrüßen wir die im Gesetzesentwurf angekündigte Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Die Verknüpfung dieser mit der einjährigen Verschiebung der – von uns grundsätzlich kritisierten – Einführung von Vermögensobergrenzen lehnen wir aber ab. Dies läuft auch der Intention des Gesetzgebers entgegen, die Mitglieder der GKV zu entlasten, weil das „Übergangsjahr“ deutliche Unwirtschaftlichkeitsanreize setzt.

Wir fordern eine tiefgreifende Reform des Morbi-RSA, die einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten ohne Manipulationsanreize und unter Bewahrung von Präventionsanreizen sicherstellt. Als kurzfristige Übergangsregelung regen wir eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen für die Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Beabsichtigte Neuregelung

Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, dass der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats weiterzuentwickeln ist. Diese Reform soll vor dem Einsetzen eines Abbaus von Finanzreserven nach Nummer 8 (§ 260) erfolgen, da eine geänderte Ausgestaltung des RSA die jeweilige Finanzsituation der Krankenkassen beeinflussen wird.

Bewertung

Ungeachtet der IKK-seitigen Ablehnung der mit Nummer 8 beabsichtigten Neuregelung des § 260 begrüßen die Innungskrankenkassen die angekündigte Reform des Morbi-RSA ausdrücklich. Ziel muss es sein, Manipulationsanreize zu beseitigen, Präventionsanreize wiederherzustellen und regionalen Marktkonzentrationen entgegenzuwirken.

Die Innungskrankenkassen positionieren sich wie folgt:

- Ein Krankheitsvollmodell wird abgelehnt. Die Krankheitsauswahl soll sich zukünftig auf schwerwiegende eng abgrenzbare und teure Krankheiten beschränken.
- Die Einführung von Kodierrichtlinien verbunden mit einem Regelwerk für Auffälligkeitsprüfungen und ergänzt durch eine Selbstverpflichtung der GKV, keinen Einfluss auf Kodierungen zu nehmen, wird gefordert.
- Einführung eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs für Präventionsausgaben zur Stärkung der Präventionsanreize, der über Abschläge auf die morbiditätsorientierten Zuschläge gegenfinanziert wird.
- Die Einführung eines Hochrisikopools (abhängig von der Ausgestaltung).
- Bereinigung der berücksichtigungsfähigen Ausgaben für Auslandsversicherte um Urlauberrechnungen und der Berücksichtigung von Inlandsausgaben.
- Einführung einer Übergangsregelung, einer kurzfristig umzusetzenden Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.

- Die Innungskrankenkassen setzen sich für die Einführung von Interaktionstermen zwischen Alter und Morbidität ein. Hierbei sollten die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 271 Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Bislang ist lediglich eine Untergrenze in Höhe von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds vorgeschrieben (§ 271 Absatz 2 Satz 3).

Überschüssige Mittel sind schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Einführung eines regelhaften Prozesses für die Ausschüttung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Aus unserer Sicht sollte die geplante Obergrenze allerdings auf 40 Prozent einer Monatsausgabe begrenzt werden. Damit wird eine unnötige Anhäufung überschießender Finanzmittel im Gesundheitsfonds noch konsequenter vermieden. Gleichzeitig bleibt sichergestellt, dass der übliche saisonale Ausgabenüberschuss nicht zu Liquiditätsengpässen führt.

Änderungsvorschlag

Der neu eingefügte § 271 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Sie darf einen Betrag von 40 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 323 (neu) Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4

Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsvorschrift soll den Mitgliederbestand nach Maßgabe neuer Regelungen korrigieren. Die Krankenkassen haben die Aufgabe, den gesamten Mitgliederbestand (seit Einführung der OAV zum 01.08.2013) im Hinblick auf die Beitragsschulden zu prüfen und diesen innerhalb von sechs Monaten zu bereinigen. Dabei sind alle OAV-Fälle im Sinne des Absatzes 2 aufzuheben (Storno).

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind rückwirkend um die aufzuhebenden Mitgliedschaften zu korrigieren. Für bereits abgeschlossene Jahresausgleiche hat das Bundesversicherungsamt Korrekturbeträge für die Krankenkassen zu ermitteln, die dem Gesundheitsfonds zu erstatten sind und im nächsten Jahresausgleich nach der Mitgliederanzahl neu verteilt werden. Zu diesem Zweck sind Sondermeldungen und Sonderprüfungen vorgesehen.

Bewertung

Es trifft zu, dass die Begründung freiwilliger Mitgliedschaften ohne die Mitwirkung der Betroffenen zu vielen problematischen Versicherungsfällen seit 2013 geführt hat. Für diese Fälle hat die GKV keine Beiträge erhalten, die Kassen aber Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die geplante Bereinigung wird die Beitragsrückstände reduzieren und die Zuweisungen korrigieren. Beide Ziele unterstützen wir ausdrücklich.

Die Rechtmäßigkeit rückwirkender Bestandsbereinigungen und daraus resultierender Korrekturen für den Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich hat das Bundessozialgericht bereits 2003 festgestellt (BSG: Urt. v. 24.01.2003, Az.: B 12 KR 17/01.R), sodass keine verfassungsrechtlichen Bedenken vorliegen. Die Einwände des Bundesrates können insofern nicht überzeugen.

Bei der einzuführenden Regelung muss sichergestellt werden, dass die Bestandsbereinigung und die damit verbundene Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht verfälscht werden kann (bspw. durch eine kurzfristige Bereinigung des Mitgliederbestandes vor Inkrafttreten des Gesetzes).

Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, die mit der beabsichtigten Bestandsbereinigung verbundenen Datenmeldungen und Sonderprüfungen unzweideutig und manipulationsresistent auszugestalten, um die aufzuhebenden Versichertenzeiten – und damit die zu zahlenden Korrekturbeträge – nicht durch Ermessensspielräume der Krankenkassen herabmindern zu können.

Neben den aufzuhebenden Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 sind auch die Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen, deren Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung begründet wurde, die aber in der Kassensoftware abweichend als Versicherte nach § 9 SGB V (Beitrittsberechtigte) verschlüsselt sind.

Änderungsvorschlag

Neben den aufzuhebenden Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 sind auch die Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen, deren Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung begründet wurde, die aber in der Kassensoftware abweichend als Versicherte nach § 9 SGB V (Beitrittsberechtigte) verschlüsselt sind.

Absatz 2 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Freiwillige Mitgliedschaften sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraussetzungen nach Satz 1 erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 4 entsprechend anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden.“

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die seit der letzten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere bezüglich der zu prüfenden Datengesamtheit sowie zum Prüfverfahren nach Satz 1 und 2 fest.“

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Absatz 4)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige wird vom 40. auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Für das Jahr 2019 würde die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige 1.168,20 Euro betragen (statt 2.336,40 Euro) und der monatliche Mindestbeitrag 175,23 Euro (statt 350,46 Euro).

Die Sonderregelung für Härtefälle und Existenzgründer (bisher 60. Teil der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage) wird gestrichen.

Bewertung

Die Notwendigkeit der Anpassung der Beitragsbemessung für Selbstständige ist nicht zu leugnen. Dennoch ist von einer vermeintlich einfachen Lösung abzusehen. Eine Beitragsrechtsreform muss die Grundprinzipien der solidarischen Finanzierung aufrechterhalten und sich auch mit den Auswirkungen auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Deutschland beschäftigen. Die isolierte Betrachtung der Absicherung im Krankheitsfall greift zu kurz. Auch die Altersversorgung der Selbstständigen muss auf die politische Agenda.

Darüber hinaus liegt die hier angesetzte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage des 80. Teils der monatlichen Bezugsgröße unterhalb der Mindestlohngrenze (bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden entspricht dies derzeit 1.536 Euro). Auch wenn das tatsächliche Einkommen vieler Selbstständiger darunter liegt, ist eine Absenkung unterhalb dieser Schwelle kritisch zu sehen. Dadurch werden Einkommen, die bereits heute nicht zum Leben reichen, legitimiert und im Zweifel sogar gefördert. Mehr noch: in der Folge könnte es zu einer verstärkten Auslagerung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigten in die (Schein-)Selbstständigkeit kommen. Die schon heute kritisch betrachteten arbeitsmarktpolitischen Entscheidungen der Agenda 2010 werden weiter zementiert.

Insofern schafft die Regelung keine optimalen Bedingungen für kleine und mittelständische Unternehmen. Denn nur eine Gesundheitspolitik, die das Handwerk und den Mittelstand nachhaltig unterstützt, fördert die Beschäftigung, Ausbildung und Wirtschaftswachstum. Die Subventionierung nicht auskömmlicher Geschäftsmodelle durch die Beitragszahler der GKV ist keine gerechte und langfristig tragfähige Lösung.

Für eine umfassende Analyse und die Erarbeitung langfristig tragfähiger Reformvorschläge empfiehlt sich die Einberufung einer Enquetekommission unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktexperten.

Änderungsvorschlag

Absenkung auf 1/60 und Einberufung Enquetekommission.

Zu Artikel (neu) 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Rechtsänderung wird erreicht, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten getragen werden und somit auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge paritätisch finanziert werden.

Bewertung

Die Rückkehr zur paritätischen Aufbringung der Mitgliedsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und die Beendigung der alleinigen Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass den Beitragszahlern nach wie vor Lasten aufgelegt werden, die besser aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Dadurch wird gerade der beschäftigungsintensive Mittelstand sowohl auf Arbeitgeber- wie auf Arbeitnehmerseite belastet.

Zur Entlastung der Lohnkosten muss aber auch die Steuerfinanzierung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausgebaut und auf Dauer garantiert werden. Die versicherungsfremden Leistungen, die von der GKV getragen werden, betragen derzeit schätzungsweise 40 Mrd. Euro. Der Steuerzuschuss liegt dagegen nur bei 14,5 Mrd. Euro. Die Innungskrankenkassen fordern daher einen vollständigen Ausgleich der versicherungsfremden Leistungen der GKV durch Steuermittel. Dafür ist deren Erhebung verlässlich und transparent zu gestalten. Zur Überprüfung der inhaltlichen Definition dieser Leistungen sollte im Weiteren ein Gutachten in Auftrag gegeben werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung des § 249a Satz 1 SGB V wird auch für die Versicherungspflichtigen, die eine gesetzliche Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine paritätische Finanzierung der Beiträge nachvollzogen.

Die Änderung in § 249a Satz 2 SGB V trifft eine entsprechende Regelung für die beitragsfreie Waisenrente nach § 48 SGB VI, für die der Rentenversicherungsträger weiterhin die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge trägt, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

Bewertung

Die Rentenversicherungsträger haben künftig die Hälfte der vom Mitglied zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, d.h. einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu tragen. Derzeit beteiligt sich der RV-Träger nur an den Beiträgen in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes. Die Regelung ist in Bezug auf die Regelungen in § 249 SGB V folgerichtig.

Für die Waisenrentner wird der Rentenversicherungsträger in Zukunft die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge tragen. Auch diese Regelung führt den neuen Grundgedanken des § 249 SGB V konsequent fort.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit dem neuen Tatbestand der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 für Personen, die als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind. Treten diese Beschäftigten nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 8 der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied bei, werden auch deren Beiträge paritätisch getragen.

Durch die Änderung des § 257 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird die paritätische Finanzierung der Beiträge auch für diejenigen abhängig Beschäftigten nachvollzogen, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben bzw. auf Grund der Regelung nach § 6 Absatz 3a SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und privat krankenversichert sind.

Bewertung

Die Regelung ist in Bezug auf die Regelungen in § 249 SGB V folgerichtig.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Forderungen des IKK e.V. zum Themenkomplex „Fälligkeitsdatum der Sozialversicherungsbeiträge verschieben“

Geforderte Neuregelung

Der IKK e.V. beantragt, mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) eine Änderung der Fälligkeit der Beiträge in der Sozialversicherung zu beschließen.

Ab dem 01.01.2019 sollen die Beiträge wieder im Folgemonat fällig werden (grds. analog der Regelung vor dem Jahr 2006), jedoch ist als neuer Fälligkeitszeitpunkt der 10. Bankarbeitstag des Folgemonats zu bestimmen. In diesem Zusammenhang soll generell eine einheitliche Fälligkeit zum 10. Bankarbeitstag des Folgemonats nicht nur für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge, die von den Arbeitgebern zu zahlen sind, sondern auch für weitere Personengruppen (z. B. freiwillig Versicherte) mit aktueller Fälligkeit zum 15. des darauffolgenden Monats, festgelegt werden.

Begründung

Aktuell müssen die Betriebe den Einzugsstellen bis zum fünftletzten Bankarbeitstag per Beitragsnachweis melden, welche Sozialversicherungsbeiträge für ihre Mitarbeiter voraussichtlich bis zum Monatsende zu zahlen wären und diese bis zum drittletzten Bankarbeitstag überweisen. Im Ergebnis sind damit seit Januar 2006 Sozialversicherungsbeiträge zwei Wochen eher fällig als bisher. Vor allem kleine mittelständische Unternehmen können die Höhe der zu zahlenden Beiträge – bei aller Digitalisierung der Abrechnung – nur schwer schätzen, da die Leistungen nach Stunden abgerechnet werden. Die konkreten Zahlen liegen erst nach Abschluss des Monats vor und müssen dann aufwändig verrechnet werden.

Die beabsichtigte Neuregelung führt aus Sicht des IKK e.V. zu einer erheblichen Entlastung der Arbeitgeber, da die Beiträge nunmehr nach dem tatsächlich erzielten und nicht mehr nach einem geschätzten Arbeitsentgelt zu bemessen wären. Somit würde auch der damit verbundene Bürokratieaufwand von nachträglichen Korrekturen im Folgemonat entfallen.

Mit der Verlegung des Fälligkeitstages auf den 10. Bankarbeitstag des Folgemonats wäre quasi eine Kopplung an den Zeitpunkt der Zahlung für die Umsatzsteuer (vgl. hier § 240 Absatz 3 Abgabenordnung (AO) als Interpretation einer „erweiterten Zahlungsfrist“) gegeben, die u. a. auch für freiwillig versicherte Selbstständige von Vorteil wäre. In diesem

Zusammenhang wäre auch der Abgabezeitpunkt für den Beitragsnachweis einheitlich zu regeln, auf den 10. des Folgemonats (vgl. § 18 Absatz 1 Satz 1 Umsatzsteuergesetz (UStG)).

Durch diese Änderung würde zukünftig nur noch ein Abrechnungszeitpunkt (sowohl für die Sozialversicherungsbeiträge, als auch für die Umsatzsteuer) bestehen, der zur Entlastung und dem damit verbundenen Abbau von bürokratischem Mehraufwand führt.

Die zusätzliche Liquidität durch die vorgezogene Beitragszahlung hat 2006 die Sozialkassen entlastet. Aufgrund des bestehenden Negativzinses und der guten Liquiditätslage der Sozialversicherungen (Überschüsse) ist die Situation heute anders zu beurteilen. Von der Änderung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge würden grds. alle Beteiligten profitieren.

Änderungsvorschläge

- § 23 Absatz 1 SGB IV wird wie folgt neu gefasst:

„Laufende Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind spätestens am Zehnten Bankarbeitstag des Monats fällig, der auf den Monat folgt, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt. Sonstige Beiträge werden spätestens am Zehnten Bankarbeitstag des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind. Die erstmalige Fälligkeit der Beiträge für die nach § 3 Satz 1 Nr. 1a des Sechsten Buches versicherten Pflegepersonen ist abhängig von dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder der Dienstherr bei Heilfürsorgeberechtigten die Versicherungspflicht der Pflegeperson festgestellt hat oder ohne Verschulden hätte feststellen können. Wird die Feststellung in der Zeit vom Ersten bis zum Fünfzehnten eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals spätestens am Fünfzehnten des folgenden Monats fällig; wird die Feststellung in der Zeit vom Sechzehnten bis zum Ende eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals am Fünfzehnten des zweiten darauffolgenden Monats fällig; das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der beteiligten Träger der Sozialversicherung, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Festsetzungsstellen für die Beihilfe.“

- § 10 Absatz 1 der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) wird wie folgt angepasst:

„Die Beiträge werden für den jeweiligen Beitragsmonat erhoben. Sie sind bis zum Zehnten Bankarbeitstag des dem Beitragsmonat folgenden Monats (Fälligkeitstag) zu zahlen.“

- § 28f Absatz 3 Satz 1 SGB IV wird wie folgt angepasst:

„Der Arbeitgeber hat der Einzugsstelle einen Beitragsnachweis spätestens im Laufe des Zehnten Tages des dem Beitragsmonat folgenden Monats durch Datenübertragung zu übermitteln; dies gilt nicht hinsichtlich der Beschäftigten in privaten Haushalten bei Verwendung von Haushaltsschecks.“

- § 28f Absatz 3 Satz 2 SGB IV wird wie folgt angepasst:

„Übermittelt der Arbeitgeber den Beitragsnachweis nicht zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt, so kann die Einzugsstelle das für die Beitragsberechnung maßgebende Arbeitsentgelt schätzen, bis der Nachweis ordnungsgemäß übermittelt wird.“

- Nr. 11 der Gemeinsamen Grundsätze zum Aufbau der Datensätze für die Übermittlung von Beitragsnachweisen durch Datenübertragung nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IV wird wie folgt angepasst:

„Nach § 28f Absatz 3 Satz 1 SGB IV hat der Arbeitgeber der Einzugsstelle den Beitragsnachweis im Laufe des Zehnten Tages des dem Beitragsmonat folgenden Monats zu übermitteln. Dies bedeutet, dass der Beitragsnachweis der Einzugsstelle bis spätestens 24:00 Uhr dieses Tages vorliegen muss. Der Beitragsnachweis ist also nur dann rechtzeitig eingereicht, wenn die Einzugsstelle im Laufe Zehnten Tages über den Beitragsnachweis verfügen kann.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(13)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
1.10.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 01.10.2018

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Beitragsentlastung der Versicherten in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
– GKV–Versichertenentlastungsgesetz
(Bundestagsdrucksache 19/4454)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
Paritätische Finanzierung	4
Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige	4
Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II	5
Verbeitragung von Betriebsrenten.....	5
Mitgliedschaftsrechtliche Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung	5
Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen	6
Deckungskapital der Krankenkassen für Altersversorgungsverpflichtungen	6
II. Stellungnahme zum Gesetz	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 16 Abs. 3b Ruhen des Anspruchs	7
§ 171b Abs. 6 Satz 2 Insolvenz von Krankenkassen	8
§ 171e Abs. 2a Satz 2 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen; hier zulässiger Aktienanteil.....	9
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 4 (obligatorische Anschlussversicherung)	11
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 5 (Auftrag für den GKV-Spitzenverband zur untergesetzlichen Rechtsnormsetzung)	13
§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	14
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 1	15
§ 242 Absatz 2 Zusatzbeitrag; hier: Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes bei Überschreiten einer gesetzlichen Höchstgrenze für Betriebsmittel und Rücklagen	17
§ 260 Betriebsmittel	18
§ 261 Rücklage	22
§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	23
§ 271 Gesundheitsfonds; hier: Einführung einer Obergrenze der Liquiditätsreserve	24
§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4	25
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	29
§ 9 Freiwillige Versicherung.....	29
§ 10 Familienversicherung (Tagespflege)	30
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 4	31
§ 248 Beitragsatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen.....	34
§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Parität Arbeitnehmer)	35

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Parität Rentner)	36
§ 257 Abs. 1 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (für ehemalige Zeitsoldaten)	37
Nr. 7 Buchstabe b)	38
§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Parität PKV-Zuschuss)	38
Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	39
§ 106 Zuschuss zur Krankenversicherung (Parität bei freiwillig versicherten Rentnern)	39
Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)	41
§ 172c Altersrückstellungen	41
Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	42
§ 25 Absatz 1 Satz 2 Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung	42
Artikel 6 (Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)	43
§ 7 Altersrückstellungen	43
Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)	44
§ 10 Beitragszuschuss	44
§ 16 Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung	45
Artikel 11 (Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes)	46
§ 11b Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung (hier: Absatz 1)	46
II. Ergänzender Änderungsbedarf	48
Änderung des § 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	48

I. Vorbemerkung

Paritätische Finanzierung

Der Vereinbarung der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag folgend sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung vor, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2019 in gleichem Maße von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern bzw. den Rentnerinnen und Rentnern und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung getragen werden, somit künftig auch der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V paritätisch finanziert wird. Entsprechend werden die Regelungen der Beitragstragung in den §§ 249, 249a und 257 SGB V so angepasst, dass künftig Versicherte und Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger den Zusatzbeitrag jeweils zur Hälfte tragen.

Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Minderung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige. Die Zielsetzung folgt auch einer Positionierung des GKV-Spitzenverbandes, der anerkennt, dass die geltenden Regelungen der Beitragsfestsetzung für selbstständig Erwerbstätige, inklusive der gesetzlich vorgegebenen Mindestbemessungsgrenzen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation dieser Mitgliedergruppe nicht mehr gerecht werden. Die konkrete Umsetzung, wonach die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige zum 1. Januar 2019 vom 40. Teil der Bezugsgröße auf den 80. Teil der Bezugsgröße (2019: 1.168,20 Euro im Monat) gemindert werden soll, hält der GKV-Spitzenverband dagegen nicht für sachgerecht. Die vorgesehenen Regelungen sehen zwar weiterhin eine gesonderte Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vor. Die neue Mindestbemessungsgrenze kommt jedoch der allgemeinen Mindestbemessungsgrundlage für die übrigen freiwillig Versicherten in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße (2019: 1.038,30 Euro im Monat) so nahe (es verbleibt eine Differenz von 129,90 Euro), dass sie die Besonderheiten der selbstständigen Erwerbstätigkeit bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Verhältnis zu den übrigen GKV-Mitgliedern nicht mehr angemessen berücksichtigen kann. Der GKV-Spitzenverband hält daher an seinem Vorschlag fest, für die hauptberuflich Selbstständigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2019: 1.557,60 Euro im Monat) zu bestimmen. Auch mit dieser Festlegung wäre eine deutliche Absenkung der Beitragsbelastung der selbstständigen GKV-Mitglieder verbunden und zugleich der Wegfall der verwaltungsintensiven Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung für die Teilgruppe der Existenzgründer und Härtefälle sichergestellt. Sofern der Gesetzgeber den Vereinbarungen der Parteien im Koalitionsvertrag folgend eine Ab-

senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der vorgesehenen Größenordnung festzulegen gedenkt, stellt sich angesichts der geringen Unterschiede aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aus Gründen der weiteren Verwaltungsvereinfachung unmittelbar die Frage nach Schaffung einer einheitlichen Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten.

Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II

Neben der Neubestimmung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige haben die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag mit der Neubestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Beitragsgerechtigkeit in der GKV angekündigt. Während die Herabsetzung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige mit erheblichen Mindereinnahmen einhergehen wird, soll die Krankenversicherung durch die im Koalitionsvertrag angekündigte schrittweise Einführung ausgabendeckender Beiträge für ALG II-Beziehende entlastet werden. Der GKV-Spitzenverband fordert, dass beide Maßnahmen zeitgleich in Kraft gesetzt werden, somit die erste Stufe der Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen der ALG II-Beziehenden ebenfalls zum 1. Januar erfolgen soll.

Verbeitragung von Betriebsrenten

Über die gegenwärtig in den Parteien und im Parlament diskutierte Frage der künftigen Bemessung der Beiträge für die Empfänger von Versorgungsbezügen hat auch der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes intensiv beraten. In seiner Sitzung am 30. August 2018 hat er sich in einem mehrheitlich gefassten Beschluss dahingehend positioniert, dass der GKV-Spitzenverband die Anwendung des halben allgemeinen Beitragssatzes für pflicht- und freiwillig versicherte Empfänger von Versorgungsbezügen befürwortet. Dies solle ab 2019 auch für die kassenindividuellen Zusatzbeiträge gelten. Eine entsprechende Neuregelung der Beitragsbemessung sowie eine notwendig werdende Regelung zur Kompensation der entgangenen Beiträge könnte der Gesetzgeber mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG umsetzen.

Mitgliedschaftsrechtliche Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der GKV-Spitzenverband teilt die im Gesetzentwurf dargelegte Einschätzung, dass der Anstieg der Beitragsschulden bei den freiwilligen Mitgliedern wesentlich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die obligatorische Anschlussversicherung zusammenhängt. Bisher ist es den Krankenkassen nicht erlaubt, freiwillige Mitgliedschaften zu beenden, wenn sie nach Ausschöpfung der vorhandenen Ermittlungsmöglichkeiten nicht rechtssicher klären konnten, ob ein Mitglied durch Verzug ins Ausland den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs verlassen hat. Die nun mit dem Gesetzentwurf geplanten Beendigungstatbestände für freiwillige Mitgliedschaften sowie die vorgesehene Bestandsbereinigung unklarer Mitgliedschaftsverhältnisse sind - bei Berücksichtigung der weiteren vorgeschlagenen technischen Anpassungen - geeignet, Beitragsrückstände aus

„ungeklärt passiven“ Mitgliedschaftsverhältnissen zu reduzieren. Die Neuregelungen werden im Grundsatz begrüßt; sie entlasten die Krankenkassen hinsichtlich ihrer Verwaltungsaufwände als Einzugsstellen.

Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen

Die Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung der Krankenkassen ab. Zum einen hält der GKV-Spitzenverband eine Obergrenze für Finanzreserven in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe aus fachlicher Sicht für zu niedrig. Zwar ist das Einnahmenrisiko der Krankenkassen mit Einführung des Gesundheitsfonds auf den Gesundheitsfonds übergegangen, zugleich hat aber die Planungsunsicherheit auf der Ausgabeseite deutlich zugenommen. Zum anderen sieht der GKV-Spitzenverband in dem angestrebten massiven Abbau der Finanzreserven ein voreiliges, wenn nicht falsches gesundheitspolitisches Signal. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollten zunächst die Ausgabenwirkungen sowohl der Gesetzgebung der letzten Legislaturperiode, als auch die zusätzlichen Ausgaben der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformansätze eingehend evaluiert werden, bevor Krankenkassen zu vorschnellen Zusatzbeitragssenkungen verpflichtet werden. Im Interesse der Beitragszahlenden sollte vermieden werden, dass auf eine Welle gesetzlich erzwungener Beitragssenkungen nachfolgende Ausgabensteigerungen zeitnah wiederum Beitragssatzerhöhungen notwendig machen.

Deckungskapital der Krankenkassen für Altersversorgungsverpflichtungen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgesehene Angleichung der gesetzlichen Vorgabe für den zulässigen Aktienanteil am Deckungskapital, das die Krankenkassen für ihre Altersversorgungsverpflichtungen bilden, an die Vorgaben des Versorgungsrücklagegesetzes des Bundes. Die Ausweitung der Anlagemöglichkeiten in Aktien auf max. 20 Prozent des Deckungskapitals ermöglicht es den Krankenkassen, ihr Verwaltungshandeln auch unter veränderten Kapitalmarktbedingungen weiter wirtschaftlich zu gestalten. Die geplante Änderung geht auf einen Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aus der vergangenen Legislaturperiode zurück.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 16 Abs. 3b Ruhen des Anspruchs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung in Absatz 3b werden Krankenkassen verpflichtet, Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand sind, schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuregelung ab. Es wird davon ausgegangen, dass die Krankenkassen in ihrer Praxis bereits heute jeweils unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles die betroffenen Mitglieder über die geltende Rechtslage hinsichtlich der Möglichkeiten einer Beitragsübernahme durch Dritte informieren. Bei einer generellen Informationspflicht ist dagegen nicht auszuschließen, dass die Hinweise der Krankenkassen ganz überwiegend ins Leere laufen würden; jedenfalls kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der betroffenen Mitglieder tatsächlich die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Hilfebedürftigkeit nach den Vorgaben des SGB II oder SGB XII erfüllt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es zielführender, der Problematik von zunehmenden Beitragsrückständen ergänzend dadurch zu begegnen, dass die Möglichkeit einer auch rückwirkenden Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger geschaffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 171b Abs. 6 Satz 2 Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 8 (in der Gesetzesbegründung wird fälschlicherweise auf Nummer 14 verwiesen), die aus der Einfügung eines neuen § 260 Absatz 2 Satz 2 resultiert.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuregelung in Nummer 8 ab. Eine Streichung der Neuregelung in Nummer 8 macht die hier beabsichtigte Neuregelung obsolet.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 171e Abs. 2a Satz 2 Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen; hier zulässiger Aktienanteil

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen ist mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 11. November 2016 (6. SGB IV-Änderungsgesetz) – deziert in Anlehnung an die Regelung für den Versorgungsfonds des Bundes nach § 15 des Versorgungsrücklagegesetzes – die Möglichkeit eröffnet worden, einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals von 10 Prozent für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

Das Gesetz zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 5. Januar 2017 hat für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes nunmehr einen einheitlichen Aktienanteil von 20 Prozent eingeführt. Diese Erhöhung des maximalen Aktienanteils soll auch für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden.

B) Stellungnahme

Aufgrund der bereits seit Jahren anhaltenden Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten hat der GKV-Spitzenverband die Ausweitung des zulässigen Aktienanteils am Deckungskapital für Altersrückstellungen auf maximal 20 % bereits mit der Stellungnahme vom 8. Februar 2016 zum 6. SGB IV-Änderungsgesetz gefordert. Dass die mittlerweile erfolgte Änderung im Rahmen des Versorgungsrücklagegesetzes für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes nun für die Krankenkassen nachvollzogen wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die weiteren, bislang nicht berücksichtigten Anregungen aus der genannten Stellungnahme greifen wir nochmals auf. Sie haben das Ziel, die Renditechancen der Anlage des Deckungskapitals bei gleichzeitiger Risikoreduktion durch Diversifikation zu verbessern und eine nicht begründbare Privilegierung der Anlage des Deckungskapitals nach § 171e SGB V gegenüber der Anlage des Deckungskapitals nach § 12 SVRV zu beenden.

Der Argumentation, dass eine passive Anlage zur Risikoreduktion beitrage, kann nicht uneingeschränkt zugestimmt werden. Vielmehr können durch ein professionelles aktives Portfolio-Management Verluste in Zeiten sinkender Kurse nachweislich begrenzt werden.

Für die Aktienanlage sollten auch Anleihen im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz unter Maßgabe der Einschränkung nach § 83 Abs. 4 SGB IV sowie der Verpflich-

tung zu Kurssicherungsgeschäften bei nicht im Inland gültigen Währungen entsprechend § 83 Abs. 2 SGB IV zulässig sein. Damit würde der bisherigen Systematik des SGB IV gefolgt.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung sollte darüber hinaus gleichermaßen auch für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 SVRV gelten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 171e Absatz 2a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements“ durch die Wörter „in Aktien eines Staates nach § 83 Abs. 4 SGB IV“ ersetzt.

Nach Satz 1 wird ein neuer Satz eingefügt: „Die Anlage in Währungen, die nicht im Inland gelten, ist nur in Verbindung mit Kurssicherungsgeschäften zulässig.“

In Satz 3 (neu) wird die Angabe „10 Prozent“ durch „20 Prozent“ ersetzt.

Es wird ein neuer Satz 5 angefügt: „Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 4 (obligatorische Anschlussversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Recht werden Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der GKV ausscheiden, kraft Gesetzes ohne ihre Mitwirkung in die freiwillige Versicherung einbezogen (sogenannte obligatorische Anschlussversicherung), wenn sie für den Krankheitsfall nicht anderweitig abgesichert sind. Die Regelung dient dem Ziel der Gewährleistung eines lückenlosen Versicherungsschutzes und ist in ihrer Kernaussrichtung sachgerecht. Sie berücksichtigt jedoch nicht in ausreichender Weise praktische Gegebenheiten bei der Umsetzung. Dies gilt in besonderer Weise bei den Fallkonstellationen, bei denen die Krankenkassen trotz Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten nicht in der Lage sind, den Aufenthaltsort des Betroffenen zu ermitteln, die obligatorische Anschlussversicherung gleichwohl zu begründen haben. Die Folge sind regelmäßig auflaufende „fiktive“ Beitragsrückstände.

Die geplante Neuregelung verfolgt die Intention, das Zustandekommen von „ungeklärt passiven“ Mitgliedschaftsverhältnissen zu verhindern. Künftig soll eine obligatorische Anschlussversicherung nicht begründet werden und dauerhaft ausgeschlossen bleiben, wenn die Krankenkasse – trotz Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten – weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann. Sollte sich im Einzelfall nachträglich – entgegen der ursprünglichen Annahme – herausstellen, dass die betroffene Person im fraglichen Zeitraum gleichwohl dem deutschen Recht unterlag und keine Absicherung im Krankheitsfall hatte, wird die Versicherungslücke durch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V geschlossen.

B) Stellungnahme

Mit der Rechtsänderung wird eine entsprechende Forderung des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen, die bereits im Zuge der öffentlichen Diskussion im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum „Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ formuliert wurde. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung ausdrücklich begrüßt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 19/4454)

Seite 12 von 49

C) Änderungsvorschlag

Zum Inhalt der geplanten Änderung ergeben sich keine Vorschläge, jedoch wird die Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung angeregt (vgl. zur Begründung die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft; hier: Absatz 5 (Auftrag für den GKV-Spitzenverband zur untergesetzlichen Rechtsnormsetzung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung steht in Verbindung mit der Neuorganisation des Verfahrens des Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a) und mit der Einführung eines neuen Tatbestandes für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft (vgl. Artikel 1 Nummer 5). Danach wird die Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft künftig auf die Fälle des geklärten Aufenthalts des Mitglieds beschränkt. Dies setzt voraus, dass die Krankenkassen alle zumutbaren Möglichkeiten zur Ermittlung des Aufenthaltsorts des Mitglieds ausschöpfen. Die Anforderungen an die Ermittlungspflichten der Krankenkassen hat der GKV-Spitzenverband untergesetzlich festzulegen. Die Festlegungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

B) Stellungnahme

Das angedachte Verfahren ist geeignet, um bundesweit eine einheitliche Vorgehensweise der Krankenkassen bei der Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung in seiner Intention begrüßt. Jedoch ist das geplante Inkrafttreten der Regelung am Tag nach der Verkündung im Hinblick auf die bei Erstellung der Rechtsnorm einzuhaltenden Aktivitäten zu knapp bemessen.

C) Änderungsvorschlag

Das Inkrafttreten der Rechtsänderung wird auf den 1. Januar 2019 verschoben. Dieser Zeitpunkt sollte einheitlich für die Gesamtheit der Neuregelungen gelten, die auf die Neuorganisation der Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft gerichtet sind (vgl. Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a, Artikel 1 Nummer 5, Artikel 1 Nummer 12).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht die Einführung eines neuen Tatbestandes für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft vor. Dieser ist als eine ergänzende Regelung zum neu eingeführten Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung im Falle eines unbekanntem Aufenthalts des Mitglieds (vgl. Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a) konzipiert. Danach endet eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes, wenn ab einem bestimmten Zeitpunkt anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Davon wird ausgegangen, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten die Krankenkasse den Aufenthaltsort des Mitglieds nicht feststellen kann und der Betroffene weder Beiträge zahlt noch Leistungen in Anspruch nimmt. Eine Leistungsanspruchnahme durch die familienversicherten Angehörigen schließt die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft des Stammversicherten aus.

Im Übrigen differenziert der Beendigungstatbestand nicht danach, auf welcher Rechtsgrundlage die freiwillige Mitgliedschaft ursprünglich zustande gekommen ist. Insoweit werden die Sachverhalte im Sinne des § 9 und des § 188 Absatz 4 SGB V gleich behandelt.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht einem vom GKV-Spitzenverband bereits in der Vergangenheit unterbreiteten Vorschlag. Sie ist daher ausdrücklich zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Zum Inhalt der geplanten Änderung ergeben sich keine Vorschläge, jedoch wird die Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung angeregt (vgl. zur Begründung die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Recht werden bei freiwilligen Mitgliedern, die bei der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht mitwirken, die Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt (sogenannter Höchstbeitrag). Weist das Mitglied niedrigere tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen später nach, kann der Höchstbeitrag grundsätzlich nicht für die Vergangenheit reduziert werden, wenn ein entsprechender Beitragsbescheid der Krankenkasse eine endgültige Beitragsfestsetzung vorsieht. Abweichend hiervon versehen die Krankenkassen bislang in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer Nebenbestimmung, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht. Hierdurch wird dem Umstand, dass Mitglieder ihren Mitwirkungspflichten häufig verspätet nachkommen, Rechnung getragen und zugleich das Anwachsen von Beitragsrückständen wirkungsvoll vermieden. Das Verfahren basiert auf einer Regelung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes.

Die geplante Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 3 SGB V ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach der Festsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen.

Eine weitere Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 SGB V verpflichtet die Krankenkassen von Amts wegen – also ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.

Wird die ursprüngliche Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze nachträglich nach einer der beiden Optionen korrigiert, sollen die Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1 SGB IV auf die rückständigen Beiträge nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung erhoben werden.

Im Übrigen gilt die vorgesehene Rechtsänderung für alle Personen, die vom Geltungsbereich des § 240 SGB V erfasst sind.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht die mit dem neuen Satz 3 geplante Rechtsänderung kritisch. Das als Sanktionsinstrument bei fehlender Mitwirkung konzipierte Verfahren der Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze verlöre durch die beabsichtigte Neuregelung nachhaltig an Wirkung. Anderweitige Möglichkeiten, das Mitglied zur Mitwirkung hinsichtlich der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen zu bewegen, stehen den Krankenkassen nicht zur Verfügung. Die aktuell in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes vorgesehene Möglichkeit, durch die Vorlage der Einkommensnachweise innerhalb von drei Monaten eine rückwirkende Korrektur des Höchstbeitrages zu bewirken, schafft eine ausgewogene Balance zwischen der im Einzelfall notwendigen Sanktionierung fehlender Mitwirkung und der Vermeidung einer möglichen sozialen Härte. Insoweit bedarf es keiner Anpassung in der aktuellen Rechtslage. Allerdings kann die beabsichtigte Neuregelung dazu beitragen, den mit dem Gesetzentwurf angestrebten Abbau nicht realisierbarer Beitragsrückstände zu befördern.

Die im neuen Satz 4 formulierte Verpflichtung zur rückwirkenden Anpassung der Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag von Amts wegen durch die Krankenkasse aufgrund hinreichender Anhaltspunkte ist im Übrigen nicht praxiskonform. Wenn die Krankenkasse schon über die Informationen zu der aktuellen Einkommenssituation des Betroffenen in Form „hinreichender Anhaltspunkte“ verfügt, liegen ihr regelmäßig auch die Informationen über die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds in dem durch die Sanktion betroffenen Zeitraum vor. In aller Regel bleibt für die Anwendung des Sanktionsinstrumentariums in diesen Sachverhaltskonstellationen mithin kein Raum.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 6 wird § 240 Absatz 1 n. F. wie folgt gefasst:

Satz 4 wird gestrichen

Satz 5 wird Satz 4

Im neuen Satz 4 werden die Worte „nach den Sätzen 3 und 4“ durch die Worte „nach Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 242 Absatz 2 Zusatzbeitrag; hier: Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes bei Überschreiten einer gesetzlichen Höchstgrenze für Betriebsmittel und Rücklagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ergänzt die in Artikel 1 Nr. 8 und 9 beabsichtigten Änderungen in den §§ 260 und 261, mit denen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, wenn diese die gesetzlich neu definierte Obergrenze überschreiten. Krankenkassen dürfen ihre Zusatzbeiträge deshalb solange nicht anheben, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

B) Stellungnahme

Die in Artikel 1 Nr. 8 und 9 vorgesehene Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband insgesamt als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab.

Die vorgesehene Höhe einer verpflichtenden Obergrenze der Betriebsmittel und Rücklagen ist außerdem sachlich nicht gerechtfertigt. Ein an den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen angelehntes Verbot der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes wird deshalb ebenfalls abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 260 Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Finanzreserven von Krankenkassen wird eine verbindliche Obergrenze geschaffen, die auf die Summe der Betriebsmittel nach § 260 und der Rücklagen nach § 261 abstellt. Dabei wird die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf das 1,0-fache der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt. Bislang gilt für Betriebsmittel nach § 260 als Sollvorschrift eine Obergrenze in Höhe des 1,5-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe, wobei eine Monatsausgabe zur Deckung der laufenden Ausgaben Verwendung findet. Die restlichen 0,5 Monatsausgaben stellen als Betriebsmittelreserve die Finanzreserve dar, deren Höhe in Summe mit der Rücklage begrenzt wird. Die Obergrenze für die Rücklage liegt nach geltendem Recht (§ 261) bei einer Monatsausgabe. Die demgegenüber um 0,5 Monatsausgaben verminderte Obergrenze wird damit begründet, dass das Einnahmerisiko mit Einführung des Gesundheitsfonds von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen sei.

Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung kann die zuständige Aufsichtsbehörde auf Antrag eine höhere Obergrenze festlegen, soweit dies erforderlich ist.

Um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze des 1,0-fachen einer Monatsausgabe innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Abzubauen ist dabei pro Jahr mindestens ein Betrag in Höhe eines Drittels des Überschreibungsbetrages. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch den Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

Krankenkassen, die ihre Finanzreserven nicht entsprechend der vorgegebenen Fristen nach Absatz 2a abgebaut haben und die zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, müssen den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abführen. Dies soll die Krankenkassen unter Druck setzen, ihren Zusatzbeitragssatz so festzusetzen, dass oberhalb der Höchstgrenze liegende Finanzreserven konsequent abgebaut und keine neuen überschießenden Finanzreserven aufgebaut werden.

Übersteigen die Finanzreserven nach erfolgtem Abbau bzw. nach ggf. erfolgter Abführung an den Gesundheitsfonds in einem späteren Haushaltsjahr erneut das 1,0-fache der nach dem

Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Monatsausgabe, hat die Krankenkasse im Regelfall erneut drei Jahre Zeit, die überschießenden Mittel abzubauen.

Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, dass der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats weiterzuentwickeln ist. Vor Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven sollen die finanziellen Auswirkungen der RSA-Reform abschätzbar sein. Deshalb ist diese Verpflichtung erst und nur dann ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden, wenn bis zum 31. Dezember 2019 eine RSA-Reform erfolgt ist.

B) Stellungnahme

Die Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe nach Haushaltsplan sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau gegenwärtig bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab.

Eine Obergrenze für Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe wäre zu niedrig angesetzt. Zwar ist es richtig, dass das Einnahmenrisiko seit dem 1. Januar 2009 auf den Gesundheitsfonds übergegangen ist. Die Krankenkassen erhalten, unabhängig von der konjunkturellen Entwicklung, monatlich ein Zwölftel der für das Haushaltsjahr auf der Grundlage der prognostizierten Einnahmen des Gesundheitsfonds garantierten Zuweisungen. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass die Planungsunsicherheit auf der Ausgabenseite u. a. mit der wachsenden Bedeutung zum Teil extrem teurer ‚Innovationen‘, insbesondere im Arzneimittelbereich, deutlich zugenommen hat. Als Beispiele sind neben den Hepatitis C-Arzneimitteln neue Wirkstoffe insbesondere zur Krebsbehandlung und die zunehmende Bedeutung von Orphan Drugs zu nennen.

Bevor Krankenkassen zu vorschnellen Zusatzbeitragsatzsenkungen verpflichtet werden, sollten zunächst die Ausgabenwirkungen sowohl der Gesetzgebung der letzten Legislaturperiode, als auch die zusätzlichen Ausgaben der im Koalitionsvertrag angekündigten Reformsätze eingehend evaluiert werden. Der offenbar angestrebte massive Abbau von Finanzreserven ist ein voreiliges, wenn nicht falsches gesundheitspolitisches Signal.

Dies umso mehr, als es in der letzten Legislaturperiode gelungen ist, der Qualität der Versorgung als Wettbewerbsparameter eine wachsende Bedeutung zu geben. Erzwungene, teilweise massive Zusatzbeitragsabsenkungen, die trotz einer Verteilung auf drei Jahre jährlich bis zu einem Beitragssatzpunkt betragen können, und eine im Bereich von rd. einem Dutzend zu erwartende Anzahl von Krankenkassen, die gezwungen werden, keinen Zusatzbeitrag zu erheben, werden dagegen wiederum den reinen Preiswettbewerb forcieren. Dabei sollte aus

Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Fokus des Wettbewerbs verstärkt auf die Versorgungsseite ausgerichtet werden.

Im Übrigen ist aus Umfragen unter GKV-Versicherten bekannt, dass die Versicherten mehrheitlich eine Reservebildung zur Sicherung mittel- bis langfristig stabiler Beitragssätze kurzzeitigen Beitragssatzsenkungen vorziehen.

Gelingt es einer betroffenen Krankenkasse im Falle der Realisierung der beabsichtigten Neuregelung nicht, ihre Finanzreserve so weit abzubauen, dass die (zudem abgesenkte) Obergrenze nicht überschritten wird, sind die überschießenden Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Dass eine Krankenkasse, die aufgrund nicht rechtmäßiger Datenmeldungen in den Morbi-RSA neben zu viel erhaltenen Zuweisungen auch einen Sanktionsaufschlag in Form zusätzlicher Mittel zahlen muss, die an den Gesundheitsfonds abzuführen sind, ist anerkannt und wird als sachgerecht empfunden. Gleiches gilt sicherlich auch für den mit diesem Gesetz vorgesehenen Strafaufschlag auf eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Bestandsbereinigung nach § 323 (neu). Dass aber eine Krankenkasse durch Abführung von Finanzmitteln in den Gesundheitsfonds sanktioniert wird, weil ihre Haushaltsplanung für das letzte Jahr des Rücklagenabbaus von einer günstigeren als der prognostizierten Ausgaben- oder Einnahmenentwicklung überholt wird, ist nicht akzeptabel.

Der implizite Vorwurf, dass sich Krankenkassen in Fällen hoher Überschüsse jeweils strategisch schlecht gerechnet hätten, lässt außer Acht, wie schwierig für die Krankenkassen die Erstellung einer zutreffenden Prognose sein kann. So betrug im Jahr 2016 der vom Bundesgesundheitsministerium auf der Grundlage der Schätzerkreisprognose festgelegte Zusatzbeitragssatz 1,1 v. H.; der tatsächlich im Durchschnitt erhobene Zusatzbeitragssatz lag etwas darunter. Deshalb wurden von den Krankenkassen insgesamt 292 Mio. Euro weniger Einnahmen aus Zusatzbeiträgen generiert als sich mit dem aus Sicht des Schätzerkreises ex ante seriös geschätzten durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitragssatz ergeben hätten. Angesichts des erforderlichen Rücklagenaufbaus einiger Krankenkassen, bedeutet dies zugleich, dass andere Krankenkassen über abgesenkte Zusatzbeitragssätze Rücklagen abbauen wollten.

Bekanntlich sind die Ausgaben der GKV im Jahr 2016 (und in der Folge auch in 2017) deutlich niedriger ausgefallen als prognostiziert. Die Höhe der haushaltsplanrelevanten Größe ‚mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen‘ wurde aufgrund der Fehleinschätzung so stark verändert, dass dies allein bei den Krankenkassen mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (hierunter finden sich naturgemäß die Krankenkassen mit den vermeintlich zu hohen Finanzreserven) isoliert betrachtet eine Ergebnisverbesserung um nahezu 0,9 Mrd. Euro zur Folge hatte. Für die Krankenkassen ist die mitgliederbezogene Veränderung im

Allgemeinen eine feste Planungsgröße. Selbst dann also, wenn eine Krankenkasse ihre eigenen Ausgaben zutreffend prognostiziert hat, erfuhr sie somit auf der Einnahmenseite eine u. U. erhebliche Ergebnisverbesserung, die jenseits des Prognostizierbaren lag. Da es also unmöglich ist, Prognoseunsicherheit auszuschalten, ist es auch nicht akzeptabel, Fehlschätzungen zu sanktionieren. Zur Finanzautonomie gehört es auch, Entscheidungen unter Unsicherheit zu treffen. Planungsunsicherheiten haben sich allein mit dem Wegfall des Einnahmenrisikos für die Krankenkassen nicht einfach aufgelöst, mechanistische Ansätze im Umgang mit Finanzreserven sind deshalb unsachgerecht und abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 261 Rücklage

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die klarstellende Regelung einer Obergrenze für Finanzreserven, bestehend aus Rücklagen und Betriebsmitteln, wird eine gesonderte Obergrenze für Rücklagen mangels praktischer Relevanz entbehrlich und die Definition einer Obergrenze für Rücklagen gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der GKV-Spitzenverband die Neuregelung in Nr. 8 ablehnt, ist auch die Folgeregelung in § 261 abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, dass der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats weiterzuentwickeln ist. Diese Reform soll vor dem Einsetzen eines Abbaus von Finanzreserven nach Nummer 8 (§ 260) erfolgen, da eine geänderte Ausgestaltung des RSA die jeweilige Finanzsituation der Krankenkassen beeinflussen wird.

B) Stellungnahme

Ungeachtet der GKV-seitigen Ablehnung der mit Nummer 8 beabsichtigten Neuregelung des § 260 ist mit Vorliegen der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats eine Entscheidung zur Weiterentwicklung des RSA geboten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 271 Gesundheitsfonds; hier: Einführung einer Obergrenze der Liquiditätsreserve

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird erstmalig eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve in Verbindung mit der Überführung überschüssiger Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds und damit einhergehend eine Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der bereits gesetzlich definierten und der weiteren im Koalitionsvertrag vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve zur (Co-)Finanzierung von Innovations- und Strukturfonds erscheint der gewählte Schwellenwert sachgerecht. Eine Anwendung fände die beabsichtigte Regelung zukünftig erst, wenn die Einnahmen des Gesundheitsfonds schneller wachsen als prognostiziert. In diesem Fall ist die Nutzung der überschießenden Mittel zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge der Krankenkassen angebracht. Die Beschränkung dieser Überführung auf 0,1 Beitragssatzpunkte der beitragspflichtigen Einnahmen erscheint wenig diskussionswürdig, zumal es zu wiederholten deutlichen Fehlprognosen kommen müsste, um überhaupt eine solche Größenordnung zu erreichen. Gleichwohl kann dies auch für einen Verzicht auf eine solche Begrenzung sprechen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 323 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 323 SGB V wird eine Übergangsregelung bei der Umsetzung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes geschaffen. Die Übergangsregelung hat folgende Inhalte:

- Verpflichtung für die Krankenkassen zur Durchführung einer Bereinigung der Mitgliederbestände in Bezug auf den Personenkreis nach § 188 Absatz 4 SGB V (vgl. Absatz 1) einschließlich der Fristsetzung zur Erledigung der Bereinigungsaktion
- Definition der versicherungsrechtlichen Kriterien für die vorgenannte Bereinigung (vgl. Absatz 2)
- Regelungen zu den Auswirkungen der Bereinigungsaktion auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (vgl. Absätze 3 bis 5).

Nach den Absätzen 1 und 2 werden die Krankenkassen verpflichtet, alle freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 SGB V zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt, noch Leistungen in Anspruch genommen hat. Darüber hinaus setzt die Aufhebung der Mitgliedschaft voraus, dass auch die familienversicherten Angehörigen des Mitglieds keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse beansprucht haben. Die Bereinigung ist nicht auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung laufenden freiwilligen Mitgliedschaften beschränkt. Im Falle einer Aufhebung der Mitgliedschaft sind auch daraus ggf. abgeleitete Familienversicherungen zu stornieren. Die Bestandsbereinigung erstreckt sich auf den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum Tag nach der Verkündung des Gesetzes und ist bis zum 15. Juni 2019 durchzuführen.

Nach Absatz 3 werden die Krankenkassen verpflichtet, das Ergebnis der Bestandsbereinigung dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Prüfdiensten zum 15. Juni 2019 in Form einer entsprechenden Datenmeldung über den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

Absatz 4 ermächtigt das Bundesversicherungsamt, für Ausgleichsjahre, für die der Jahresausgleich bereits korrigiert oder die Korrekturmeldung bereits abgegeben wurde, einen Korrekturbetrag zu ermitteln und durch Bescheid geltend zu machen. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an die Krankenkassen.

Nach Absatz 5 soll die Prüfung der Bestandsbereinigung durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste des Bundes und der Länder) in Form einer Sonderprüfung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 erfolgen. Bei sich hieraus ergebenden weiteren Korrekturen des Mitgliederbestandes ermittelt das BVA wiederum einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag von 25 % versehen wird. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an die Krankenkassen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren, damit eine Prüfung auch dieser ansonsten bereits zu löschenden Daten möglich ist.

B) Stellungnahme

Die zum Zwecke der beabsichtigten Reduzierung von Beitragsrückständen infolge problematischer Mitgliedschaften für den Personenkreis der Selbstzahler durchzuführende Bereinigung der Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ist hinsichtlich der konkreten Verfahrensvorgaben in verschiedener Hinsicht kritisch zu bewerten.

Insbesondere erfüllen die in Absatz 2 beschriebenen Kriterien der rückwirkenden Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung nicht das in der Gesetzesbegründung definierte Ziel, den Mitgliederbestand „im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen“. Die Regelung erfasst nur die Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, bei denen der Aufenthaltsort des Betroffenen seit Beginn der Mitgliedschaft nicht feststellbar war, und entspricht daher nur den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen das Mitglied erst ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Mitteilungen der Krankenkasse nicht erreichbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V) von der angeordneten Bestandsbereinigung nicht erfasst. Darüber hinaus erweckt die gewählte Formulierung „wenn die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte“ zusammen mit den ergänzenden Hinweisen in der Gesetzesbegründung den Eindruck, dass von der vergangenheitsbezogenen Bereinigung der Mitgliederbestände ein breiterer Personenkreis angesprochen wird als künftig von der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V; dies sollte entsprechend harmonisiert werden.

Die vorgesehenen Regelungen des § 323 Abs. 3 und 5 SGB V zur Prüfung der Bereinigung durch die Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V stornierte Mitgliedschaften. Diese Bestimmungen sind aber aktuell noch nicht in Kraft, mit der Folge, dass eine vor dem Inkrafttreten bereinigte Mitgliedschaft als nicht nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V bereinigt gälte und damit nicht in das Prüf- und Rückzahlungsverfahren von § 323 Abs. 3 und 5 SGB V fiele. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen

aus dem Gesundheitsfonds für bereinigte Versicherungszeiten nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, bedarf es in Absatz 3 einer Ergänzung, dass auch die Versichertentage der Mitgliedschaften einschließlich Familienversicherter zu melden sind, bei denen seit der letzten Korrekturmeldung Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Die Ergänzung bewirkt, dass § 323 SGB V auch für alle Mitgliedschaften gilt, die bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG außerhalb der Regelung nach § 323 SGB V storniert wurden.

Weiterhin ist u. E. hinsichtlich der in § 323 Absatz 5 vorgesehenen Prüfung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder eine entsprechende Bestimmung des Bundesversicherungsamtes zu Art und Umfang der durchzuführenden Prüfung erforderlich. Dies dient der Sicherstellung der Einheitlichkeit der Prüfungen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 12 wird § 323 Absatz 2 SGB V n. F. wie folgt gefasst:

„Freiwillige Mitgliedschaften sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbooks ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraussetzungen nach Satz 1 erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 4 entsprechend anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden.“

Entsprechend sollte auch in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, alle freiwilligen Mitgliedschaften, nicht allein die Mitgliedschaften, die nach § 188 Absatz 4 begründet wurden, zu überprüfen und zu bereinigen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (keine Kontaktaufnahme, keine Beitragszahlungen, keine Leistungen) erfüllt sind.

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versichertentage der Mitgliedschaften, die seit der letzten Korrekturmeldung der Versichertenzeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 19/4454)

Seite 28 von 49

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere bezüglich der zu prüfenden Datengesamtheit sowie zum Prüfverfahren nach Satz 1 und 2 fest.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstaben a) und b)

§ 9 Freiwillige Versicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 für Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit ausscheiden, ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung in der GKV vor. Das Beitrittsrecht ist – abgesehen von der Zugehörigkeit zum Personenkreis – an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft und steht daher allen Personen zu, unabhängig davon, wie die Betroffenen in der Zeit vor dem Dienstverhältnis versichert waren. Der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung ist innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit anzuzeigen.

B) Stellungnahme

Die Rechtsänderung ist hinsichtlich ihrer Zielsetzung, eine bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen, zu begrüßen. Die konkrete Ausgestaltung der Regelung bedarf jedoch in Teilen einer Nachjustierung. Da die Vorschriften zu Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft nicht angepasst wurden, würde die freiwillige Mitgliedschaft erst mit dem Tag des Beitrittes beginnen und für eine ggf. entstehende Versicherungslücke eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall notwendig werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu Beginn der Mitgliedschaft in § 188 Absatz 2 SGB V sollten entsprechend konkretisiert werden, um eine lückenlose Absicherung im Krankheitsfall nach dem Wegfall der truppenärztlichen Versorgung für die Betroffenen zu gewährleisten.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 10 Familienversicherung (Tagespflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, dass für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, pauschalierend keine hauptberuflich selbständige Tätigkeit anzunehmen ist, um ihnen eine beitragsfreie Familienversicherung bzw. bei einem Einkommen oberhalb der Freigrenze des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 einen günstigeren Versicherungsschutz als nebenberuflich Selbstständige zu ermöglichen, wird ersatzlos gestrichen. Ab 1. Januar 2019 gelten für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen die allgemeinen Kriterien mit der Folge, dass hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Familienangehörige typisierend und generalisierend ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens von der beitragsfreien Familienversicherung ausgeschlossen sind (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V); sie partizipieren jedoch von der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in § 240 Absatz 4 SGB V, die zur Verstetigung der verbesserten Einkommenssituation dieses Personenkreises beiträgt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den gesetzlichen Krankengeldanspruch nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu wählen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der ab 1. Januar 2019 an geltenden beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen ist die beabsichtigte Neuregelung folgerichtig und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstaben a) und b)

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder; hier: Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aktuell für freiwillig in der GKV versicherte hauptberuflich Selbstständige im Regelfall geltende Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des kalendertäglich vierzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße wird mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Damit einher geht auch der Wegfall der zurzeit noch notwendigen Differenzierung zwischen dem regelmäßig maßgeblichen vierzigsten und dem unter bestimmten Bedingungen zulässigen sechzigsten Teil der Bezugsgröße innerhalb der Gruppe der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen.

Darüber hinaus wird der in § 240 Absatz 4 Satz 6 SGB V enthaltene Verweis auf die Besonderheiten der Statusfeststellung bei der Beurteilung der selbstständigen Tätigkeit der Tagespflegepersonen nach Vorgaben des § 10 Absatz 1 Satz 3 SGB V aufgrund der Streichung des Letzteren (vgl. Artikel 2 Nummer 2) ebenfalls gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ist grundsätzlich zu begrüßen. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in der Vergangenheit vorgeschlagen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation zahlreicher selbstständig Erwerbstätiger durch entsprechende Nachjustierungen der beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen.

Als problematisch ist jedoch die Höhe der vorgesehenen Mindestbemessungsgrundlage zu bewerten. Die vorgesehene Regelung erscheint inkonsistent und berücksichtigt nicht ausreichend die prägenden Grundsätze der Beitragsbemessung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V. Dies aus folgenden Gründen:

Zunächst ist grundsätzlich zu begrüßen, dass an der Systematik einer besonderen Mindestbeitragsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige festgehalten wird. Letztlich stellt die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sicher, dass sich hauptberuflich selbstständige Mitglieder nicht zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können und in der Folge die Solidargemeinschaft der Beitragszahler belasten. Die höhere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige stellt insoweit sicher, dass Selbstständige nicht strukturell begünstigt werden, weil die Beitragsbemessung bei

ihnen nicht wie bei anderen Mitgliedern am Bruttoeinkommen, sondern an dem um die Betriebsausgaben bereinigten Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit anknüpft (Nettoprinzip).

Die vorgesehenen Regelungen sehen zwar weiterhin eine entsprechende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige vor; die Differenz zur aktuellen allgemeinen und für alle anderen freiwilligen Mitglieder geltenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt jedoch lediglich rund 130 Euro. Die bislang mit der für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige geltenden Mindestbeitragsbemessungsgrundlage intendierte Berücksichtigung der vorgenannten Unterschiede in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen dürfte damit kaum sicherzustellen sein.

Darüber hinaus steht die Festlegung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße jedenfalls nicht uneingeschränkt im Einklang mit der Vorgabe des § 240 Absatz 2 Satz 1 SGB V; danach sind bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Das Arbeitsentgelt eines in Vollzeit beschäftigten Arbeitnehmers liegt unter Berücksichtigung des geltenden Mindestlohns (8,84 Euro je Stunde) aktuell in einer Größenordnung von rund 1.530 Euro. Es erscheint vor diesem Hintergrund zumindest fraglich, ob die im Entwurf vorgesehene Mindestbeitragsbemessungsgrundlage noch im Einklang mit der Vorgabe des § 240 Absatz 2 Satz 1 SGB V steht oder diese Vorgabe – bei einem Festhalten an der Regelungsabsicht – entsprechend anzupassen wäre.

Der bereits in der Vergangenheit vom GKV-Spitzenverband vorgetragene Vorschlag, für alle hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe des sechzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 Euro) zu bestimmen, würde dagegen der Regelungssystematik des § 240 SGB V umfänglich entsprechen, der politischen Regelungsintention hinreichend Rechnung tragen und zugleich die aufgezeigten Unterschiede in der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen (Brutto- bzw. Nettoprinzip) angemessen berücksichtigen. Im Übrigen wäre auch hiermit der Wegfall der verwaltungsintensiven Härtefall- und Bedürftigkeitsprüfung sichergestellt.

Sofern gleichwohl an den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages, der eine deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige in der nunmehr vorgesehenen Größenordnung vorsieht, festgehalten werden soll, wäre angesichts der ohnehin marginalen Differenz zur allgemeinen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage darüber nachzudenken, ob die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für haupt-

beruflich selbstständig Erwerbstätige in Gänze aufgegeben wird und statt dessen eine für alle Mitglieder einheitliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des neunzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße vorgehalten wird, da die mit den bislang differenzierten Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen intendierten Regelungsabsichten durch die vorgesehene signifikante Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ohnehin marginalisiert werden. Dies würde für die Krankenkassen die Beitragsbemessung insofern erleichtern, als eine Prüfung der Hauptberuflichkeit der selbstständigen Erwerbstätigkeit gänzlich entfallen könnte.

C) Änderungsvorschlag

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige wird auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt. Alternativ wird für alle freiwilligen Mitglieder die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 248 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249a SGB V, nach der für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine vollständige paritätische Tragung der Beiträge (unter Einschluss des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) durch den Rentenbezieher einerseits und den Rentenversicherungsträger andererseits angeordnet wird.

Für die Bemessung der Beiträge aus Renten und Landabgabereuten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG), die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V den Versorgungsbezügen zugeordnet werden, wird daher – neben der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes – auch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes angeordnet.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt und aus der Rente der inländischen gesetzlichen Rentenversicherung eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern bzw. Rentnern und Rentenversicherungsträgern herzustellen, ist es folgerichtig, für die Bezieher von Renten und Landabgabereuten nach dem ALG ebenfalls – unter Einschluss des Zusatzbeitragssatzes – eine halbe Beitragslast vorzusehen.

Die Regelung korrespondiert zudem mit der entsprechenden Änderung im Recht der Krankenversicherung der Landwirte (Artikel 7 Nr. 3, Änderung des § 39 Abs. 2 Satz 3 KVLG 1989).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstaben a) und b)

§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung (Parität Arbeitnehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sollen von Arbeitgebern und Beschäftigten künftig paritätisch finanziert werden. Die Regelungen sehen deshalb vor, dass auch Beiträge auf der Grundlage des Zusatzbeitragssatzes vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte getragen werden.

B) Stellungnahme

Unter der politischen Maßgabe, dass die Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitgebern und den Beschäftigten jeweils hälftig aufzubringen sind, wird durch die vorgesehenen Regelungen die gewünschte paritätische Finanzierung hergestellt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstaben a) und b)

§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug (Parität Rentner)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sollen vom Rentner und Rentenversicherungsträger paritätisch finanziert werden. Dies wird dadurch erreicht, dass die bzw. sämtliche nach der Rente zu bemessenden Beiträge und damit auch der Zusatzbeitrag vom versicherungspflichtigen Rentner und Rentenversicherungsträger jeweils zur Hälfte getragen werden (Buchstabe a).

Mit der Änderung unter Buchstabe b wird die Parität bei den beitragsfreien Waisenrenten nach § 48 SGB VI in der Weise nachvollzogen, dass der Rentenversicherungsträger in diesem Fall gleichfalls die Hälfte des Beitrags (und nicht nur, wie bisher, die nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessenen Beiträge) und damit auch die Hälfte des Zusatzbeitrags trägt.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern herzustellen, ist es folgerichtig, auch bei den Beiträgen aus der Rente eine vollständige Beitragsparität von Rentnern und Rentenversicherungsträgern vorzusehen. Dieses Ziel wird bei versicherungspflichtigen Rentnern mit der vorgesehenen hälftigen Beitragstragung durch den Rentner und Rentenversicherungsträger – unter Einschluss des Zusatzbeitrags – erreicht.

Die weitere Änderung für Waisenrentner stellt eine sachgerechte Folgeänderung dar.

Für vergleichbare Renten aus dem Ausland im Sinne des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bisher keine Anpassung der Beitragsbelastung für den Versicherten vorgesehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Es ist zu prüfen, ob die Tragung des Zusatzbeitrags aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland durch Anpassung in § 247 Satz 2 SGB V in gleichem Umfang zu verringern ist.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe a)

§ 257 Abs. 1 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (für ehemalige Zeitsoldaten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Beitragszuschuss des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer sollen auf ehemalige Zeitsoldaten, die der GKV nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 SGB V als freiwilliges Mitglied beigetreten sind, entsprechend angewendet werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum neuen Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV für alle Soldatinnen und Soldaten auf Zeit nach dem Ausscheiden aus dem Dienst (vgl. Artikel 2 Nr. 1).

Durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass auch die der GKV freiwillig beigetretenen ehemaligen Zeitsoldaten einen Zuschuss ihres Arbeitgebers zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag erhalten, die unmittelbar nach der Beendigung des Dienstverhältnisses eine dem Grunde nach versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind; die Höhe des Zuschusses zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung des § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V und des § 61 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe b)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Parität PKV-Zuschuss)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss des Arbeitgebers für privat krankenversicherte Arbeitnehmer soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Umsetzung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Die Regelung stellt sicher, dass der Anspruch auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar ist mit dem Beitragsanteil des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstaben a) und b)

§ 106 Zuschuss zur Krankenversicherung (Parität bei freiwillig versicherten Rentnern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Änderung unter Buchstabe a handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Beitragstragung nach § 249a SGB V, nach der für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehen, eine vollständige paritätische Tragung der Beiträge (unter Einschluss des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) durch den Rentenbezieher einerseits und den Rentenversicherungsträger andererseits angeordnet wird. Durch die Änderung wird erreicht, dass für freiwillig krankenversicherte Rentenbezieher als Zuschuss der halbe Betrag geleistet wird, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragsatzes (wie bisher) zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes nach § 242 SGB V (neu) ergibt.

Durch die Änderung unter Buchstabe b wird die Regelung des § 247 Satz 3 SGB V, wonach für versicherungspflichtige Rentner Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an gelten, hinsichtlich der Höhe des Zuschusses des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher für entsprechend anwendbar erklärt.

B) Stellungnahme

Ausgehend von dem politischen Ziel, bei den Beiträgen zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt und aus der Rente der inländischen gesetzlichen Rentenversicherung eine vollständige Beitragsparität von Beschäftigten und Arbeitgebern bzw. Rentnern und Rentenversicherungsträgern herzustellen, ist es folgerichtig, auch bei den Beiträgen aus der Rente von freiwillig krankenversicherten Rentnern eine vollständige Beitragsparität von Rentnern und Rentenversicherungsträgern vorzusehen. Dieses Ziel wird mit der vorgesehenen Einbeziehung des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes bei der hälftigen Bemessung des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung erreicht.

Um eine im Vergleich zu den versicherungspflichtigen Rentenbeziehern abweichende Berechnung des Trägeranteils bzw. Beitragszuschusses zu vermeiden, bietet es sich an, sich an der Formulierung des § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V für den Beitragszuschuss für Beschäftigte zu orientieren.

Die unter Buchstabe b vorgesehene zeitliche Verzögerung bei der Anwendung eines veränderten Zusatzbeitragssatzes für die Bemessung des Zuschusses wird kritisch beurteilt. In der Konsequenz hätte dies zur Folge, dass eine Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes erst mit einer zweimonatigen Verzögerung durch eine entsprechende Anhebung des Zuschusses kompensiert wird und der Rentenbezieher damit für zwei Monate den Erhöhungsbetrag allein zu tragen hat.

C) Änderungsvorschlag

Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

1. Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des Betrages geleistet, den der Rentenversicherungsträger entsprechend § 249a Satz 1 SGB V bei Versicherungspflicht des Rentenbeziehers zu tragen hätte.“

Nummer 1 Buchstabe b wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 172c Altersrückstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog der für die gesetzlichen Krankenkassen in Artikel 1 Nr. 3 vorgesehenen Neuregelung soll auch den Unfallversicherungsträgern die Möglichkeit eröffnet werden, bis zu 20 Prozent ihres Deckungskapitals für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 25 Absatz 1 Satz 2 Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entspricht der vorgesehenen Änderung bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 2 Nr. 2). Damit wird die Regelung, nach der für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, pauschalierend keine hauptberuflich selbständige Tätigkeit anzunehmen ist, um eine beitragsfreie Familienversicherung bzw. bei einem Einkommen oberhalb der Freigrenze des § 25 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 einen günstigeren Versicherungsschutz als nebenberuflich Selbstständige zu ermöglichen, ersatzlos gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und folgerichtig, um dem auch für die Familienversicherung geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)

§ 7 Altersrückstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog der für die übrigen Krankenkassen in Artikel 1 Nr. 3 vorgesehenen Neuregelung soll auch der Landwirtschaftlichen Krankenkasse – respektive der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – die Möglichkeit eröffnet werden, bis zu 20 Prozent ihres Deckungskapitals für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 3 wird verwiesen.

Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 1

§ 10 Beitragszuschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss für selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Versicherungspflicht befreit sind und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

Der Beitragszuschuss für selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a i. V. m. § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsfrei oder nach den §§ 6 oder 7 von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, soll künftig unter Berücksichtigung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet werden, insgesamt begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Umsetzung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Sie stellt sicher, dass auch der Beitragszuschuss für diesen Personenkreise den Zusatzbeitragssatz berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 2

§ 16 Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Versicherte hat künftig an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrags gemäß dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des hälftigen Zusatzbeitrages nach § 242 Abs. 1 SGB V zu zahlen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes)

Nr. 2

§ 11b Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung (hier: Absatz 1)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung steht in Verbindung mit der Einführung eines Beitrittsrechts zur freiwilligen Krankenversicherung in der GKV für Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit ausscheiden (vgl. Artikel 2 Nummer 1). Für die Dauer des Bezuges von Übergangsgebührrnissen beteiligt sich der Dienstherr künftig an den Kosten für die Krankenversicherung (in der GKV oder PKV) der ehemaligen Soldatinnen und Soldaten in Form eines Beitragszuschusses. Für Mitglieder der GKV wird der Zuschuss in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebührrnisse zu entrichtenden Beiträge gezahlt. Die Zuschussberechtigung erfasst alle Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder nach dem neu eingeführten § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V Mitglied geworden sind. Die Übernahme der hälftigen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ist als Ausgleich für den Wegfall der zurzeit bestehenden Beihilfeberechtigung konzipiert.

B) Stellungnahme

Die Zuschussregelung dient der Zielsetzung, den Zugang zur GKV für die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten attraktiver zu gestalten, und ist daher in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung zu begrüßen. Es zeichnen sich jedoch einzelne Regelungslücken ab, die einer Konkretisierung bedürfen.

Zunächst ist davon auszugehen, dass der Zuschuss neben den Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung auch die Aufwendungen für die soziale Pflegeversicherung umfassen soll. Dies sollte entsprechend klargestellt werden.

Ferner ist bislang kein Zuschuss für die Personen vorgesehen, die ihre während der Dienstzeit bestehende „beitragsrechtliche Anwartschaft“ nach Beendigung des Dienstes in ein „reguläres“ Mitgliedschaftsverhältnis umwandeln, also nicht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V der GKV als freiwilliges Mitglied beitreten.

Darüber hinaus bedarf es möglicherweise im Rahmen der Zuschussgewährung auch einer Berücksichtigung der Übergangsbeihilfe nach § 12 SVG. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Rechtsanspruch auf diese Leistung auch nach Beendigung des Dienstverhältnisses (und somit während der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV) entstehen kann. In diesem Fall wäre von der Beitragspflicht der Übergangsbeihilfe als einmalige Einnahme im Rahmen der freiwilligen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 19/4454)

Seite 47 von 49

Versicherung auszugehen. Bei einem solchen Szenario bedarf es einer gesetzlichen Regelung, aus der die Intention des Gesetzgebers im Kontext der Zuschussgewährung hervorgeht.

C) Änderungsvorschlag

Die sich aus der Stellungnahme ergebenden Hinweise bzw. Fragestellungen sollten einer Klärung zugeführt werden.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des § 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Mit Artikel 1 Nummer 5 wird die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft vorgesehen, wenn der Aufenthaltsort des Mitglieds ab einem bestimmten Zeitpunkt dauerhaft für die Krankenkasse nicht ermittelbar ist und bestimmte weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Für die Durchführung der Mitgliedschaft für Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen, ergibt sich aus versicherungs- und beitragsrechtlicher Sicht eine identische Problemlage, die mit dem vorliegenden Entwurf jedoch nicht erfasst wird. Es bietet sich daher an, die Vorschriften über die Beendigung der Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen mit den inhaltsgleichen Regelungen zu ergänzen, die nach der neuen Rechtslage für freiwillige Mitglieder gelten sollen.

B) Begründung

Der Grundsatz der Gleichbehandlung verlangt eine Synchronisierung der Regelungen über die Beendigung der Mitgliedschaft bei den zwei vorgenannten Personengruppen. Dies dient darüber hinaus einer konsequenten Umsetzung der Intention des Gesetzgebers, dem Zuwachs von Beitragsrückständen wirksam zu begegnen.

C) Änderungsvorschlag

§ 190 Absatz 13 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Die Mitgliedschaft der in § 5 Absatz 1 Nr. 13 genannten Personen endet

1. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird oder
3. mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten

weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.“

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(14)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -

GKV-VEG

1.10.2018



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der gesetzlichen Krankenversiche-
rung (GKV-VEG)

Stand: 1.10.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	7
• Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
• Zu Artikel 1 Nr. 1 § 16 (Ruhe des Anspruchs)	7
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 171b (Insolvenz von Krankenkassen)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 3 § 171e (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen)	9
• Zu Artikel 1 Nr. 4 a) § 188 (Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft).....	10
• Zu Artikel 1 Nr. 5 § 191 (Ende der freiwilligen Mitgliedschaft).....	12
• Zu Artikel 1 Nr. 6 § 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder).....	14
• Zu Artikel 1 Nr. 7 § 242 (Zusatzbeitrag).....	16
• Zu Artikel 1 Nr. 8 § 260 (Betriebsmittel)	17
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 261 (Rücklage).....	18
• Zu Artikel 1 Nr. 10 § 268 (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs).....	19
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 271 (Gesundheitsfonds).....	20
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 323 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4)	21
• Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch....	24
• Zu Artikel 2 Nr. 1 § 9 (Freiwillige Versicherung)	24
• Zu Artikel 2 Nr. 2 § 10 (Familienversicherung)	26
• Zu Artikel 2 Nr. 3 § 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder).....	27
• Zu Artikel 2 Nr. 4 § 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen).....	29
• Zu Artikel 2 Nr. 5 § 249 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung).....	30
• Zu Artikel 2 Nr. 6 § 249a (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)	31
• Zu Artikel 2 Nr. 7 a) § 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)	32
• Zu Artikel 2 Nr. 7 b) § 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)	33
• Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	34
• Zu Artikel 3 Nr. 1 § 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung).....	34
• Zu Artikel 3 Nr. 2 § 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung).....	35

• Artikel 4 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	36
• Zu Artikel 4 Nr. 1 § 172c (Altersrückstellungen)	36
• Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	37
• Zu Artikel 5 Nr. 1 § 25 (Familierversicherung)	37
• Artikel 6 Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.....	38
• Zu Artikel 6 Nr. 1 § 25 (Altersrückstellungen, Verordnungsermächtigung)	38
• Artikel 7 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	39
• Zu Artikel 7 Nr. 1 § 8 (Grundsatz).....	39
• Zu Artikel 7 Nr. 2 § 22 (Beginn der Mitgliedschaft).....	40
• Zu Artikel 7 Nr. 3 § 39 (Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer)	41
• Zu Artikel 7 Nr. 4 § 48 (Tragung der Beiträge durch Dritte).....	42
• Zu Artikel 7 Nr. 5 § 66 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3)	43
• Artikel 8 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte.....	44
• Zu Artikel 8 Nr. 1 § 35a (Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung).....	44
• Artikel 9 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes.....	45
• Zu Artikel 9 Nr. 1 § 10 (Beitragszuschuss)	45
• Zu Artikel 9 Nr. 2 § 16 (Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung)	46
• Artikel 11 Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes	47
• Zu Artikel 11 Nr. 2 § 11b (Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung).....	47
3. Ergänzender Änderungsbedarf	48
• § 256b SGB V –neu– (Übernahme rückständiger KV– und PV– Beiträge durch die Leistungsträger nach dem SGB II oder Träger der Sozialhilfe).....	48
• § 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2, § 240 SGB V (Beitragspflicht bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen und sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen).....	49

1. Allgemeiner Teil

Paritätische Finanzierung

Im Zentrum des Entwurfs eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) steht die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1.1.2019. Dieses Vorhaben entspricht einer langjährigen Forderung des vdek und wird ausdrücklich begrüßt. Die Regelung sieht vor, dass die Beiträge zur GKV in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentenversicherung und Rentenbeziehern getragen werden. Das heißt der bisherige, ausschließlich durch die GKV-Mitglieder zu tragende Zusatzbeitrag soll, wie der allgemeine Beitragssatz, ebenfalls paritätisch finanziert werden. Im Durchschnitt werden die GKV-Mitglieder so um 0,5 Beitragssatzpunkte entlastet. Der vdek begrüßt die Entlastungen der GKV-Mitglieder. Positiv ist auch, dass mit der Regelung die Arbeitgeber wieder stärker in die Verantwortung für Kostensteigerungen in der GKV eingebunden werden.

Abschmelzen von Finanzreserven

Der Entwurf sieht außerdem vor, Beitragsentlastungen durch Abschmelzen der Finanzreserven bei den Krankenkassen herbeizuführen. Krankenkassen, die über hohe Rücklagen verfügen, werden verpflichtet, diese systematisch abzubauen und damit ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu senken. Dazu werden die Obergrenzen für Rücklagen und Betriebsmittel im SGB V zusammengeführt und abgesenkt. Künftig darf die Finanzreserve einer Krankenkasse das Einfache einer Monatsausgabe nicht mehr übersteigen. Darüber hinausgehende Mittel sind zur Senkung des Zusatzbeitragssatzes aufzuwenden. Den Krankenkassen steht dafür laut Gesetzentwurf ein Zeitraum von drei Jahren, im Einzelfall und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde, von zwei weiteren Jahren zur Verfügung. Ist ein Abschmelzen der Rücklagen auch in fünf Jahren nicht möglich, sind die verbleibenden Überschüsse an den Gesundheitsfonds abzuführen.

Diese Maßnahme wird den Wettbewerb unter den Krankenkassen weiter intensivieren. Nach Ansicht des vdek sollten zunächst die Kosten für die im Koalitionsvertrag angekündigten Reformen seriös abgeschätzt werden, bevor gesetzgeberisch Eingriffe mit direkter Auswirkung auf die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen vorgenommen werden.

Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Regelungen zum Abschmelzen von Finanzreserven erst ab dem 1.1.2020 in Kraft treten sollen und dies auch nur, wenn bis zum 31.12.2019 eine Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in Kraft getreten ist. Diese Verknüpfung wird vom vdek ausdrücklich begrüßt. Ebenso positiv zu bewerten ist, dass der Morbi-RSA unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates fortzuentwickeln ist.

Änderung mitgliedschaftsrechtlicher Vorschriften zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der vdek begrüßt die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zum Umgang mit den hohen Beitragsrückständen in der GKV. In der Begründung wird die Ursache für diese Rückstände im Wesentlichen durch den Zusammenhang zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung (oAV) und der Einstufung zum Höchstbeitrag (Beitragsfestsetzung nach der Beitragsbemessungsgrenze) als Sanktionierungsinstrument gesehen. Die geplanten Regelungen zur Reduzierung der Beitragsschulden sehen vor, dass eine Versicherung über die oAV nur erfolgen kann, wenn der Aufenthalt der betreffenden Person geklärt ist (Wohnsitz im Geltungsbereich des Gesetzes oder überwiegender Aufenthalt dort). Weiter sind freiwillige Mitgliedschaften zu beenden, wenn die Personen für die Krankenkassen nach Ausschöpfung ihrer Mittel im Geltungsbereich des Gesetzes nicht auffindbar sind. Dies soll dazu beitragen, ungerechtfertigte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Versicherte, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen und keine Beiträge entrichten, zu verhindern.

Diese Problematik ist in den vergangenen Jahren am Beispiel der „Saisonarbeiter“ deutlich geworden und hatte zu gesetzgeberischen Gegenmaßnahmen geführt, die zu Beginn des Jahres 2018 in Kraft getreten sind. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält nun ergänzende Regelungen, mit denen zu Unrecht bezogene Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht nur für Saisonarbeiter, sondern auch für sonstige nicht auffindbare freiwillig Versicherte, rückwirkend korrigiert werden sollen. Der vdek begrüßt das Vorhaben ausdrücklich. Es ist jedoch zwingend erforderlich, dass eine gesetzliche Klarstellung erfolgt, mit der sichergestellt wird, dass die Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds infolge der Bestandsbereinigung im Bereich der obligatorischen Anschlussversicherung nicht verfälscht werden kann. Der vdek sieht hierbei insbesondere die Gefahr, dass Krankenkassen aktuell ihre Bestände durchforsten und diese im Vorgriff auf das Inkrafttreten des GKV-VEG bereinigen. So würde der Sanktionsmechanismus umgangen.

Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige

Mit dem Gesetzentwurf soll die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige, freiwillig gesetzlich Versicherte auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße gesenkt werden. Dies entspricht einer Halbierung des bisherigen Mindestbeitrags. Der vdek bewertet die Regelung grundsätzlich positiv. Durchschnittlich beträgt der dann zu zahlende Mindestbeitrag für den betroffenen Personenkreis dann noch 175 Euro (voraussichtlicher Wert 2019).

Durch die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage entfallen Prüfnotwendigkeiten bei den Krankenkassen und damit Verwaltungsaufwände. Die Entlastung der Selbstständigen mit geringen Einnahmen wird im Kontext der weiteren Regelungen zur Reduzierung der Beitragsschulden dazu beitragen, dass ein weiterer Anstieg des Beitragsschuldenbergs gebremst wird.

Die finanzielle Belastung der GKV durch die Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in der freiwilligen Krankenversicherung für Selbstständige wird vom Bundesministerium für Gesundheit auf 800 Millionen Euro veranschlagt. Eine Kompensation der Belastung ist im Referentenentwurf nicht vorgesehen. Es handelt sich aber um ein gesellschaftliches/arbeitsmarktpolitisches Problem, das nicht allein zulasten der GKV-Versichertengemeinschaft gelöst werden darf. Aus Sicht des vdek wäre eine Refinanzierung durch den Bundeshaushalt daher sachgerecht.

In diesem Zusammenhang verweist der vdek auf die Stellungnahme des Bundesrats (Drs. 375/18 B), in der unter Randnummer 9 eine ausgabendeckende Finanzierung der GKV-Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II durch den Bund gefordert wird. Dieser Forderung schließen sich die Ersatzkassen an.

Altersrückstellungen der Krankenkassen

In Anlehnung an das Versorgungsrücklagengesetz soll es den Krankenkassen ermöglicht werden, das Deckungskapital für Altersrückstellungen in Höhe von 20 Prozent in Aktien anlegen zu dürfen. Bislang darf der Aktienanteil zehn Prozent nicht überschreiten. Diese Regelung wird vom vdek begrüßt.

Finanzreserve Gesundheitsfonds

Der vdek begrüßt die Einführung einer Obergrenze bei der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Regelung entspricht einer langjährigen Forderung des vdek. Die über der Obergrenze liegenden Mittel jährlich in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen ist richtig. So stehen diese Mittel dann richtigerweise für die Versorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 1

§ 16 (Ruhe des Anspruchs)

Sachverhalt

Die Regelung verpflichtet die Kassen, bei Vorliegen von Beitragsrückständen in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass im Falle von Hilfebedürftigkeit Beiträge von Jobcentern oder Trägern der Sozialhilfe übernommen werden.

Bewertung

Die Informationspflicht der Krankenkasse nach Absatz 3b soll dazu beitragen, die Beitragsschulden zu begrenzen, denn vielfach ist den Betroffenen gar nicht bekannt, dass sie bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII Anspruch auf einen Beitragszuschuss (§ 26 SGB II) oder auf Übernahme der Beiträge haben (§§ 32 und 32a SGB XII). Auf diese Weise soll vermieden werden, dass Mitglieder in Unkenntnis der Rechtslage erst verspätet Hilfen beantragen und sich bis dahin Beitragsrückstände unnötig aufbauen.

Die bloße Informationspflicht ist nicht zielführend. Hilfreicher erscheint, ergänzend die Möglichkeit einer rückwirkenden Beitragsübernahme durch die Sozialleistungsträger zu schaffen.

In diesem Zusammenhang bleibt offen, ob die Zuschuss- oder Übernahmeberechtigung sich auch auf die bereits bestehenden Beitragsrückstände erstreckt, die Anlass für die Information nach § 16 Abs. 3b SGB V sind. Nach der Gesetzesbegründung wäre das nicht der Fall. Dies kann aber nicht Zweck der Regelung sein, wenn es darum geht, Beitragsschulden zu begrenzen bzw. abzubauen.

Änderungsvorschlag

In § 16 Absatz 3b -neu- wird folgender Satz angefügt:

„Stellen die zuständigen Leistungsträger die Hilfebedürftigkeit fest, so übernehmen sie auch die Beiträge, die Anlass für die Information des Mitglieds durch die Krankenkasse nach Satz 1 waren, einschließlich der Folgebeiträge.“

Zu Artikel 1 Nr. 2
§ 171b (Insolvenz von Krankenkassen)

Sachverhalt

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 8 (Begrenzung der Betriebsmittel auf eine Monatsausgabe).

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 3

§ 171e (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen)

Sachverhalt

Die Regelung verpflichtet die Träger der GKV Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz war durch das 6. SGB IV-Änderungsgesetz ab 2016 die Möglichkeit geschaffen worden, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Bewertung

Anlagen in Aktien bieten den Vorteil höherer Erträge und verbessern die Streuung des Deckungskapitals. Dem steht ein Risiko aufgrund der Volatilität der Aktienkurse gegenüber. Höhere Erträge bedeuten eine Entlastung der Krankenkassen beim Aufbau des Deckungskapitals und damit letztlich auch eine Entlastung der Versicherten. Die weitere Streuung des Deckungskapitals verringert das Risiko. Durch den langen Anlagezeitraum ist das Risiko durch volatile Kurse gering. Die weitere Erhöhung der Quote auf 20 Prozent ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen und wurde von den Ersatzkassen auch in der Vergangenheit immer gefordert.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 4 a)
§ 188 (Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft)

Sachverhalt

Die Regelungen über die obligatorische Anschlussversicherung (oAV) werden verändert:

Der neue Satz 4 des § 188 Abs. 4 SGB V legt fest, dass die oAV nicht entsteht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der Ermittlungsmöglichkeiten den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nicht feststellen kann. Gegenüber dem Referentenentwurf ist der Satz stringenter gefasst, da das Wort „solange“ durch das Wort „wenn“ ersetzt worden ist.

Die Änderung in Satz 5 der Vorschrift bewirkt, dass auch bei Saisonarbeitnehmern der gewöhnliche Aufenthalt im Sinne von § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I für die Beurteilung maßgebend wird, ob bei einem Aufenthalt in Deutschland das deutsche Recht anzuwenden ist und damit eine freiwillige Versicherung nach dem Ende der Beschäftigung als Saisonarbeiter möglich ist.

Es handelt sich um die redaktionelle Änderung einer Verweisungs-vorschrift.

Der neue Absatz 5 beinhaltet die Ermächtigung des GKV-SV zur Sicherstellung einer einheitlichen Auslegung und Anwendung der Ermittlungspflichten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 und § 191 Nr. 4 SGB V (vgl. Artikel 1 Nr. 5).

Bewertung

Die Änderungen zu Absatz 4 werden ausdrücklich begrüßt und passen in das Gesamtkonzept, den Aufbau fiktiver Mitgliedschaften zu verhindern, bei denen die Möglichkeit besteht, dass die zu versichernde Person sich gar nicht in Deutschland aufhält und damit die deutschen Vorschriften keine Anwendung finden.

Diese Anpassungen sind notwendig, um auszuschließen, dass für solche Mitgliedschaften Beitragsschulden anfallen oder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds generiert werden können.

Ebenso ist der neue Absatz 5 zu begrüßen. Der Terminus „Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten“ ist unbestimmt und lässt viel Spielraum auch für Prüfungen durch das BVA. Insoweit ist es erforderlich, dass entsprechende Richtlinien vorgegeben werden, wie dieser Terminus auch unter Berücksichtigung von § 20 SGB X (Amtsermittlungspflicht) und § 21 SGB X (von der Krankenkasse im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens heranzuziehende Beweismittel) zu interpretieren ist bzw. welche Prüfschritte notwendig sind, die dem Terminus „Ausschöpfung der Erkenntnismöglichkeiten“ gerecht werden.

Insoweit ist es wichtig, dass nun in § 188 Abs. 5 SGB V vorgesehen wird, dass der GKV-SV entsprechende Richtlinienkompetenz eingeräumt bekommt und

die Richtlinien der Genehmigung des BMG bedürfen. Damit wird der Interpretationsspielraum für Krankenkassen, wie sie diese Fälle aufzuklären haben, eingeschränkt und auch die Aufsichtsbehörden müssen diese Richtlinien umsetzen.

Eine solche Richtlinienkompetenz war vom vdek auch in der Stellungnahme zum Referentenentwurf eingefordert worden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 5
§ 191 (Ende der freiwilligen Mitgliedschaft)

Sachverhalt

Mit den Vorgaben des § 191 Nr. 4 SGB V wird ein neuer Grund für eine Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV eingeführt.

Die Regelung sorgt dafür, dass eine freiwillige Mitgliedschaft nach Ablauf von mindestens sechs Monaten mit dem Beginn des Sechs-Monats-Zeitraums zu beenden ist, wenn mit dem Mitglied kein Kontakt mehr besteht. Die Regelung kommt nur zur Anwendung, wenn das Mitglied

1. in diesen sechs Monaten keine Beiträge zahlt,
2. in diesen sechs Monaten keine Leistungen in Anspruch nimmt und
3. die Krankenkasse keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ermitteln konnte.

Die Mitgliedschaft endet also, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht mehr besteht. Gleichzeitig werden auch die Bedingungen für die Annahme festgelegt.

Eine freiwillige Mitgliedschaft ist nach Ablauf von mindestens sechs Monaten mit dem Beginn dieses Zeitraum zu beenden, wenn das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden und zum anderen der Krankenkasse die Ermittlung des gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich ist. Pauschale Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen zählen nicht zu einer Inanspruchnahme von Leistungen.

Bewertung

Die Regelungen werden begrüßt. Sie übernehmen entsprechende Vorschläge, die der GKV-SV unter Beteiligung des vdek und der anderen Krankenkassenverbände erarbeitet und dem BMG übermittelt hat. Sie gehören zu dem Gesamtkonzept, den Aufbau fiktiver Mitgliedschaften zu verhindern, bei denen die Möglichkeit besteht, dass die zu versichernde Person sich gar nicht in Deutschland aufhält und damit die deutschen Vorschriften keine Anwendung finden. Diese Änderungen sind notwendig, um auszuschließen, dass für solche fiktiven Mitgliedschaften Beitragsschulden anfallen oder Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds generiert werden können.

Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 191 Satz 1 Nr. 4 SGB V bei sechsmo-
natiger „Kontaktlosigkeit“ sieht wie in § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V Ermittlungen durch die Krankenkasse zum Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt vor. Auch hier gibt der GKV-SV rechtssichere Richtlinien vor, vgl. die Änderungen zu § 188 Abs. 5 SGB V.

Änderungsvorschlag
Keiner.

Sachverhalt

Bei Personen, die bei der Beitragsbemessung nicht mitwirken, werden die Beiträge entsprechend § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V nach der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt. Durch diesen Sanktionsmechanismus können sich sehr schnell umfangreiche Beitragsschulden entwickeln, ohne dass die Mitglieder tatsächlich über entsprechende Einnahmen verfügen.

Nach der bisherigen Rechtslage war eine rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung nur möglich, wenn das Mitglied die Nachweise über geringere beitragspflichtige Einnahmen innerhalb von drei Monaten nach dem maßgeblichen Beitragsbescheid beibrachte. Nun soll eine Korrektur möglich sein, wenn die Nachweise innerhalb eines Jahres vorgelegt werden (§ 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V – neu). Werden die Beiträge hiernach rückwirkend korrigiert, fallen für die insofern zu zahlenden Beiträge nur noch Säumniszuschläge in Höhe der nach der Beitragskorrektur zu zahlenden Beiträge an (§ 240 Abs. 1 Satz 5 SGB V – neu).

Die weitere Neuregelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V verlangt eine Minderung der Beiträge in den Fällen, in denen diese wegen fehlender Mitwirkung nach der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, sich aber Anhaltspunkte ergeben haben, dass der Versicherte noch nicht einmal über Einnahmen verfügt, die die allgemeine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (derzeit 1.015 Euro monatlich) oder die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbständige überschreiten.

Hiernach wird die Krankenkasse berechtigt, die Beitragsfestsetzung von sich aus zu korrigieren. Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Bedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Nach der Gesetzesbegründung muss die Krankenkasse „zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und dessen Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt“.

Die rückwirkende Anpassung der Beiträge auf den Mindestbeitrag dient dem Abbau „fiktiver“ Beitragsschulden und soll für die Betroffenen Anreize schaffen, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen.

Bewertung

Die Regelungen zu § 240 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB V – neu gehören zu dem Gesamtkonzept, Beitragsschulden zu begrenzen bzw. abzubauen.

Mit der einjährigen Nachholungsfrist wird ein sachgerechter Ausgleich zwischen nachträglicher Mitwirkung und den Sanktionen bei fehlender Mitwirkung

herbeigeführt. Das gilt auch für die Maßnahme, dass bei Korrekturen entsprechend Satz 5 der Vorschrift die Säumniszuschläge nur nach dem korrigierten Beitrag zu erheben sind.

Die geplante Verpflichtung der Krankenkassen, eine rückwirkende Beitragskorrektur vorzunehmen, wenn „hinreichende Anhaltspunkte“ dafür vorliegen, dass die Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, ist nicht sachgerecht. Zudem werden die Krankenkassen verpflichtet weitere Informationen zu ermitteln. Bei Mitgliedern, deren Beiträge wegen fehlender Mitwirkung festgesetzt wurden, ist dies nicht erfolgversprechend. Außerdem werden mit dieser Regelung „Verweigerer“ belohnt und die GKV-Versichertengemeinschaft belastet. Insoweit liegt auch ein unverhältnismäßiger Aufwand vor.

Änderungsvorschlag

§ 240 Absatz 1 Satz 4 -neu- wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 7
§ 242 (Zusatzbeitrag)

Sachverhalt

Die Krankenkassen dürfen den Zusatzbeitragssatz erst erhöhen, wenn die zum Bestreiten laufender Ausgaben nicht benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 SGB V eine bestimmte Grenze unterschreiten. Für die Berechnung dieser Grenze ist die aktuellste KV 45 heranzuziehen.

Die Vorschrift ist gegenüber dem Referentenentwurf präzisiert worden.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Teil des Gesetzespakets, der sich mit der zwangsweisen Abschmelzung der Betriebsmittel und der damit einhergehenden erzwungenen Beitragssatzabsenkung befasst (vgl. Art. 1 Nr. 8, 9 und 11 = §§ 260, 261 und 271 SGB V).

Schon an dieser Stelle ist anzumerken, dass vor Eingriffen des Gesetzgebers in die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen die Kosten der angekündigten weiteren Gesetzesänderungen zunächst seriös abgeschätzt werden müssen.

Die „nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel“ sind ein unbestimmter Begriff. Innerhalb eines Monats werden Mittel benötigt, um die Zahlungsfähigkeit (Liquidität) der Kasse zwischen den Auszahlungsterminen des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Abhängig davon, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Zahlungsfähigkeit sicherzustellen ist sowie von der Kassengröße sind Mittel bis deutlich über einer Monatsausgabe denkbar. Ohne eine nähere Definition der Höhe der Mittel kann der Ermessensspielraum beträchtlich sein.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 8
§ 260 (Betriebsmittel)

Sachverhalt

Die zwingende Obergrenze (bisher „Soll“) für Betriebsmittel und Rücklagen der Kassen soll innerhalb von 3 Jahren vom 1,5-fachen einer Monatsausgabe auf eine Monatsausgabe reduziert werden.

Auf Antrag einer Krankenkasse kann die Aufsichtsbehörde die Frist um zwei Jahre verlängern.

Die Aufsicht kann auch eine höhere Obergrenze bei kleinen Kassen unter 50.000 Mitglieder zulassen.

Bewertung

Zu der Bewertung der Änderungsvorhaben zu den §§ 260, 261 und 271 (Nr. 10 bis 12) wird zunächst auf die Bemerkungen zu § 242 (vgl. Nr. 7) verwiesen.

Die vorgesehene Betriebsmittelobergrenze wird kritisch gesehen.

Durch die gesetzliche Vorgabe einer festen Obergrenze für die Mittel der Krankenkassen wird der Entscheidungsspielraum der Selbstverwaltung zu Gunsten einer verstärkten staatlichen Steuerung und eines Ausbaus der Aufsichtsrechte über die Krankenkassen und ihre Verbände weiter begrenzt. Verwaltungsräte, zusammengesetzt aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern, die in Sozialwahlen von den Versicherten und den Arbeitgebern gewählt wurden, sind demokratisch ausreichend legitimiert, die Kontrolle über das Vermögen von Krankenkassen auszuüben.

Es wird begrüßt, dass der Abbau der Rücklagen über die Absenkung des Zusatzbeitragssatzes nur dann greifen soll, wenn bis zum 31.12.2019 der Risikostrukturausgleich fortentwickelt worden ist. Eine schnellstmögliche Reform des RSA – erst Recht in Zusammenhang mit dieser neuen Regelung – ist eine explizite Forderung der Ersatzkassen.

Dennoch ist zu befürchten, dass der Abbau der Mittel die Unterschiede zwischen den Kassen weiter verschärfen und zu Verzerrungen im Wettbewerb führen wird. Dadurch werden die bestehenden Wettbewerbsvor- und -nachteile weiter ausgebaut.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 9
§ 261 (Rücklage)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgewirkung der Änderungen des § 260 in Artikel 1 Nr. 8.

Durch die Streichung der Obergrenze für Rücklagen ist die bisherige Regelung entbehrlich. Die in § 260 vorgesehene Obergrenze ist in der Gesamtschau mit der Regelung in § 261, der die besonderen Grenzwerte für die Rücklagen bestimmt, als Obergrenze der Betriebsmittel einschließlich der Rücklagen zu verstehen. Dies wird nun im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 13. Mai 1982 – 8 RK 30/81) in § 260 klargestellt und eine Ist-Regelung ohne Ermessensspielraum geschaffen.

Bewertung

Siehe Bewertung zu Artikel 1 Nr. 8 Änderung des § 260.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 10

§ 268 (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

Sachverhalt

Das im November 2017 durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vorgelegte Sondergutachten zu den Wirkungen des RSA hat u. a. gezeigt, dass im RSA systematische Über- und Unterdeckungen auf Versicherungsebene bestehen. Eine ungleiche Verteilung dieser Versicherten-Gruppen auf die Krankenkassen kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Darüber hinaus hat der Wissenschaftliche Beirat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die regionale Verteilungswirkung des RSA untersucht. Auf der Grundlage dieser Gutachten ist der RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Da die zukünftige Ausgestaltung des RSA die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflusst, soll diese Reform vor dem Einsetzen des Abbaus der Finanzreserven nach § 260 erfolgen.

Bewertung

Insgesamt handelt es sich um eine Änderung, die auf den § 260 zurückgeht und ein Junktim zwischen dem Abschmelzen der Betriebsmittel und Rücklagen auf eine Monatsausgabe und der Reform des RSA darstellt.

Die Festlegung auf eine zeitnahe Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 11
§ 271 (Gesundheitsfonds)

Sachverhalt

Durch die Regelung wird eine gesetzliche Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt.

Eine Obergrenze ist bislang gesetzlich nicht geregelt, vielmehr darf die Liquiditätsreserve lediglich eine Mindestreserve von 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nicht unterschreiten (§ 271 Absatz 2 Satz 3).

Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.

Bewertung

Durch die Regelung kann eine unnötige Anhäufung überschießender Finanzmittel im Gesundheitsfonds vermieden und die Mittel den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 12

§ 323 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4)

Sachverhalt

Mit dem neu eingeführten § 323 SGB V wird eine Übergangsregelung bei der Umsetzung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes geschaffen. Die Übergangsregelung hat folgende Inhalte:

- Verpflichtung für die Krankenkassen zur Durchführung einer Bereinigung der Mitgliederbestände in Bezug auf den Personenkreis nach § 188 Absatz 4 SGB V (vgl. Absatz 1) einschließlich der Fristsetzung zur Erledigung der Bereinigungsaktion
- Definition der versicherungsrechtlichen Kriterien für die vorgenannte Bereinigung (vgl. Absatz 2)
- Regelungen zu den Auswirkungen der Bereinigungsaktion auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (vgl. Absätze 3 bis 5).

Nach den Absätzen 1 und 2 werden die Krankenkassen verpflichtet, alle freiwilligen Mitgliedschaften nach § 188 Absatz 4 SGB V zu überprüfen und rückwirkend aufzuheben, wenn zum einen die Krankenkasse seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte und das Mitglied weder Beiträge gezahlt, noch Leistungen in Anspruch genommen hat.

Darüber hinaus setzt die Aufhebung der Mitgliedschaft voraus, dass auch die familienversicherten Angehörigen des Mitglieds keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse beansprucht haben. Die Bereinigung ist nicht auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung laufenden freiwilligen Mitgliedschaften beschränkt. Im Falle einer Aufhebung der Mitgliedschaft sind auch daraus ggf. abgeleitete Familienversicherungen zu stornieren. Die Bestandsbereinigung erstreckt sich auf den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum Tag nach der Verkündung des Gesetzes und ist bis zum 15. Juni 2019 durchzuführen.

Nach Absatz 3 werden die Krankenkassen verpflichtet, das Ergebnis der Bestandsbereinigung dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Prüfdiensten zum 15. Juni 2019 in Form einer entsprechenden Datenmeldung über den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

Absatz 4 ermächtigt das Bundesversicherungsamt, für Ausgleichsjahre, für die der Jahresausgleich bereits korrigiert oder die Korrekturmeldung bereits abgegeben wurde, einen Korrekturbetrag zu ermitteln und durch Bescheid geltend zu machen. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an die Krankenkassen.

Nach Absatz 5 soll die Prüfung der Bestandsbereinigung durch die mit der Prüfung nach

§ 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste des Bundes und der Länder) in Form einer Sonderprüfung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 erfolgen. Bei sich hieraus ergebenden weiteren Korrekturen des Mitgliederbestandes ermittelt das BVA wiederum einen Korrekturbetrag, der mit einem Aufschlag von 25 % versehen wird. Die hieraus resultierenden Einnahmen sind Einnahmen des Gesundheitsfonds und erhöhen im nächsten Jahresausgleich die Zuweisungen an

die Krankenkassen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren, damit eine Prüfung auch dieser ansonsten bereits zu löschenden Daten möglich ist.

Bewertung

Die zum Zwecke der beabsichtigten Reduzierung von Beitragsrückständen infolge problematischer Mitgliedschaften für den Personenkreis der Selbstzahler durchzuführende Bereinigung der Mitgliederbestände um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften ist hinsichtlich der konkreten Verfahrensvorgaben in verschiedener Hinsicht kritisch zu bewerten.

Insbesondere erfüllen die in Absatz 2 beschriebenen Kriterien der rückwirkenden Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung nicht das in der Gesetzesbegründung definierte Ziel, den Mitgliederbestand „im Gleichklang mit den Neuregelungen in § 188 Absatz 4 Satz 4 und § 191 Nummer 4 zu bereinigen“. Die Regelung erfasst nur die Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, bei denen der Aufenthaltsort des Betroffenen seit Beginn der Mitgliedschaft nicht feststellbar war, und entspricht daher nur den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen das Mitglied erst ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Mitteilungen der Krankenkasse nicht erreichbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V) von der angedachten Bestandsbereinigung nicht erfasst. Darüber hinaus erweckt die gewählte Formulierung „wenn die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte“ zusammen mit den ergänzenden Hinweisen in der Gesetzesbegründung den Eindruck, dass von der vergangenheitsbezogenen Bereinigung der Mitgliederbestände ein breiterer Personenkreis angesprochen wird als künftig von der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V; dies sollte entsprechend harmonisiert werden.

Die vorgesehenen Regelungen des § 323 Abs. 3 und 5 SGB V zur Prüfung der Bereinigung durch die Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V stornierte Mitgliedschaften. Diese Bestimmungen sind aber aktuell noch nicht in Kraft, mit der Folge, dass eine vor dem Inkrafttreten bereinigte Mitgliedschaft als nicht nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V bereinigt gälte und damit nicht in das Prüf- und Rückzahlungsverfahren von § 323 Abs. 3 und 5 SGB V fiele. Um sicherzustellen, dass die Rückzahlung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für bereinigte Versicherungszeiten nicht durch eine Bereinigung des Mitgliederbestandes vor dem Inkrafttreten des Gesetzes umgangen werden kann, bedarf es in Absatz 3 einer Ergänzung, dass auch die Versicherungstage der Mitgliedschaften einschließlich Familienversicherter zu melden sind, bei denen seit der letzten Korrekturmeldung Versicherungszeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden. Die Ergänzung bewirkt, dass § 323 SGB V auch für alle Mitgliedschaften gilt, die bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG außerhalb der Regelung nach § 323 SGB V storniert wurden. Weiterhin ist u. E. hinsichtlich der in § 323 Absatz 5 vorgesehenen Prüfung der Bestandsbereinigung durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder eine entsprechende Bestimmung des Bundesversicherungsamtes zu Art und Umfang

der durchzuführenden Prüfung erforderlich. Dies dient der Sicherstellung der Einheitlichkeit der Prüfungen, insbesondere vor dem Hintergrund eines hierfür aufgrund des Prüfumfanges eventuell erforderlichen Stichprobenverfahrens. Sollte die Prüfung der Bestandsbereinigung nicht im Rahmen einer Vollerhebung durchgeführt werden können, bedarf es zur inhaltlichen Legitimation und Akzeptanz festgestellter Rückzahlungsbeträge, die zudem einen Aufschlag enthalten, eines mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Hochrechnungsverfahrens.

Änderungsvorschlag

1)

Absatz 2 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Freiwillige Mitgliedschaften, sind mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft aufzuheben, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ermitteln konnte; weitere Voraussetzung ist, dass in diesem Zeitraum keine Beiträge entrichtet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch genommen haben. Wurden die Voraussetzungen nach Satz 1 erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft erfüllt, ist § 191 Nummer 4 entsprechend anzuwenden. Satz 2 gilt für Mitgliedschaften, die ab dem 1. August 2013 begründet wurden.“

2)

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr die Versicherungentage der Mitgliedschaften, die seit der letzten Korrekturmeldung der Versicherungszeiten des betreffenden Berichtsjahres aufgehoben wurden und den Kriterien des § 323 Absatz 2 entsprechen.“

3)

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt legt nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere bezüglich der zu prüfenden Datengesamtheit sowie zum Prüfverfahren nach Satz 1 und 2 fest.“

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 2 Nr. 1

§ 9 (Freiwillige Versicherung)

Sachverhalt

Die Neuregelung eröffnet Soldatinnen und Soldaten auf Zeit (SaZ) ein eigenes Beitrittsrecht nach dem Ende der Dienstzeit. Die Regelung des § 9 Abs. 2 Nr. 6 SGB V bestimmt, dass der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis anzuzeigen ist.

Bewertung

Die Regelungen setzen das Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag (Zeilen 7505 bis 7513) um, „eine bessere soziale Absicherung von Bundeswehrangehörigen, insbesondere auch beim Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Ende der Dienstzeit von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen und dadurch Versorgungslücken zu schließen“.

Mit diesem Beitrittsrecht soll ehemaligen Zeitsoldaten auch dann eine Beitrittsmöglichkeit eröffnet werden, wenn sie z.B. im Anschluss an die Dienstzeit eine dem Grunde nach versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen und nur deshalb nicht versicherungspflichtig würden, weil sie wegen Vollendung des 55. Lebensjahres nach den Regelungen des § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind.

Es ist darauf hinzuweisen, dass mit einem Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V zur GKV auch eine Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung begründet wird (§ 20 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI).

Die sozialpolitische Entscheidung, Soldaten auf Zeit nach Ende Ihrer Dienstzeit einen Zugang zur GKV eröffnen, ist zu begrüßen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nach § 188 Abs. 2 SGB V die Mitgliedschaft mit dem Tage des Beitritts beginnt. Wenn beispielsweise der ehemalige SaZ zum 31.03.2019 aus dem Dienst ausscheidet und erst am 20.06.2019 seinen Beitritt erklärt, würde dem Grunde nach für die Zeit vom 01.04.2019 bis 19.06.2019 eine Versicherungslücke entstehen. Um zu vermeiden, dass kurzfristige unnötige Wechsel in der Versicherungsart und ggf. dem zuständigen Träger entstehen, erscheint es sachgerecht, die Mitgliedschaft nicht mit dem Tage des Beitritts beginnen zu lassen, sondern im direkten Anschluss an das Ende der Dienstzeit. Das ist sachgerecht und würde auch mit dem Beginn der Drei-Monats-Frist zur Erklärung des Beitritts harmonisieren.

Änderungsvorschlag

1)

In § 188 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 genannten Personen beginnt mit dem Tag, der auf den Tag des Endes der Dienstzeit folgt“.

Begründung:

Die Änderung zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V regelt das grundsätzliche Beitrittsrecht für ehemalige Zeitsoldaten. Die Anpassung zu Abs. 2 der Vorschrift bestimmt, dass die Antragsfrist drei Monate nach Ende der Dienstzeit beträgt. Der Vorschlag zu § 188 Abs. 2 SGB V ermöglicht einen lückenlosen Übergang von dem Status Soldat auf Zeit in eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 2 Nr. 2
§ 10 (Familienversicherung)

Sachverhalt

Es wird die Regelung aufgehoben, nach der eine Tagespflegeperson, die nicht mehr als fünf fremde gleichzeitig anwesende Kinder betreut, nicht als hauptberuflich selbstständig Tätige gilt.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung der Neufassung des § 240 Abs. 4 SGB V zur Beitragsbemessung der hauptberuflich selbstständig Tätigen. Nach der deutlichen Absenkung des Mindestbeitrages für diese Personengruppe besteht keine Notwendigkeit mehr, die genannten Tagespflegepersonen von der Hauptberuflichkeit auszunehmen. Das ist sachlich in Ordnung.

Ein positiver Nebeneffekt ergibt sich zusätzlich. Wenn Tagespflegepersonen als hauptberuflich selbstständig gelten, haben sie die Möglichkeit, auf einen Anspruch auf Krankengeld zu optieren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 3

§ 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder)

Sachverhalt

Mit den Änderungen des § 240 Abs. 4 SGB V wird die Beitragsfestsetzung für hauptberuflich selbständig Tätige neu geregelt:

- Künftig ist als eigenständige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage der 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen (Satz 2 der Vorschrift);
- Sonderregelungen für Existenzgründer, deren Mindestbeitragsbemessungsgrundlage bei dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße lag, entfallen.
- Auch die Sonderregelungen für bedürftige Selbständige werden gestrichen (Wegfall der Sätze 3 bis 5 der Vorschrift).

Die Streichung des Satzes 6 ist eine Folgeänderung zum Wegfall des Hauptberuflichkeitsausschlusses bei Tagespflegepersonen (vgl. Artikel 2 Nr. 2).

Bewertung

Die Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V setzt den Beschluss aus dem Koalitionsvertrag um, die Beitragsbemessung für hauptberuflich selbständig Tätige neu zu gestalten und im Bereich der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen zu einer spürbaren Beitragsentlastung zu gelangen. Das wird mit der Neuregelung erreicht. Denn die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage wird quasi halbiert. Der Mindestbeitrag sinkt von 342 Euro auf 171 Euro monatlich. Das wird für die Betroffenen eine spürbare Entlastung zur Folge haben.

Wie die insoweit prognostizierten Beitragsmindereinnahmen von 800 Mio. Euro jährlich gegenfinanziert werden sollen, bleibt ungeklärt.

Es ist sachgerecht, die Frage Beitragsbemessung für selbständig Tätige nur über die beitragspflichtigen Einnahmen zu lösen. Das erspart die Schaffung von schwer zu händelnden Vorschriften, die den vielfach zitierten „Kleinselbstständigen oder Solo-Selbstständigen“ definieren. Deshalb ist es auch vollkommen richtig, die Regelungen zu § 240 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V zu den bedürftigen Selbständigen zu streichen. Auch diesem Personenkreis wird nun mit der Beitragsbemessungsgrundlage nach dem 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße (bisher 60. Teil) hinreichend Rechnung getragen. Es handelt sich aber um ein gesellschaftliches/arbeitsmarktpolitisches Problem, das nicht allein zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gelöst werden darf. Eine Refinanzierung ist daher geboten.

Die Tatsache, dass es künftig neben der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (derzeit 1.015 Euro) für sonstige freiwillig Versicherte und eine diesem Betrag angenäherte aber dennoch abweichende Beitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Tätige gibt, ist hinnehmbar. Insoweit kann dem

Ansatz aus der Gesetzesbegründung gefolgt werden, dass die besondere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage dem Umstand Rechnung trägt, dass die Selbständigen Betriebsausgaben absetzen können.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 4

§ 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

Sachverhalt

Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) gelten beitragsrechtlich als Versorgungsbezüge. Für diese Einnahmen gilt der halbe allgemeine Beitragssatz. Derzeit ist der volle Zusatzbeitrag durch den Versicherten zu zahlen. Mit der Neuregelung wird die Beitragsbemessung nach dem Zusatzbeitrag auf den halben Zusatzbeitrag der Krankenkasse begrenzt, der der Versicherte angehört.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Beitragsparität.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 5

§ 249 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung)

Sachverhalt

Zu Buchstabe a)

Die Regelung setzt die Vorgabe um, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Krankenversicherungsbeiträge auch aus dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zur Hälfte zu tragen haben.

Zu Buchstabe b)

Die Änderung bewirkt, dass auch bei Beschäftigungsverhältnissen innerhalb der sog. Gleitzone (versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt zwischen 450,01 Euro und 850,00 Euro) der Arbeitgeber die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitrages zu tragen hat.

Bewertung

Die Vorschriften regeln die Umsetzung der Beitragsparität im Bereich der Arbeitnehmer. Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Der vdek hat sich bereits seit geraumer Zeit für eine weitestgehende Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung in der Krankenversicherung eingesetzt.

Die Formulierungen tragen den Erfordernissen eines nachvollziehbaren Gesetzesbefehls Rechnung. In § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird dies durch die Neuformulierung „tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge zur Hälfte“ erreicht. Denn die Zusatzbeiträge werden nach dem Arbeitsentgelt bemessen, zudem sieht § 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor, dass Zusatzbeiträge auch als Beiträge im Sinne der maßgeblichen Rechtsvorschriften gelten.

Entsprechendes gilt für die Änderungen im Bereich der Gleitzonenbeschäftigten (§ 249 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 6

§ 249a (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

Sachverhalt

zu a)

Die Regelung setzt die Vorgabe der paritätischen Beitragstragung in der Krankenversicherung auch für den Bereich der versicherungspflichtigen Rentner um.

Zu b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Parität bei Rentnern für die Sondergruppe der beitragsfreien Waisenrentner, für die die Rentenversicherungsträger seinen Beitragsanteil zu zahlen hat.

Bewertung

Die Änderung in § 249a SGB V dehnt die Parität folgerichtig auch auf die pflichtversicherten Rentner aus. Bei der Sondergruppe der beitragsfreien Waisenrentner (§ 249a Satz 2 SGB V) wird durch die Streichung des Satzteils „nach dem allgemeinen Beitragssatz“ erreicht, dass trotz der Beitragsfreiheit des Waisenrentners der weiterhin vom Rentenversicherungsträger zu zahlende Beitragsanteil auch den halben Zusatzbeitrag umfasst.

Die Regelungen sind sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 7 a)

§ 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

Sachverhalt

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die aufgrund der Neuregelungen zum Beitrittsrecht für ehemalige Zeitsoldaten der GKV beigetreten sind (vgl. Artikel 2 Nr. 1), haben gegenüber Ihrem Arbeitgeber einen Anspruch auf Beitragszuschuss.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Beitrittsrechts für ehemalige Soldaten auf Zeit, wenn sie deshalb nicht versicherungspflichtig in der Beschäftigung werden, weil wegen der Vollendung des 55. Lebensjahres die Vorgaben des § 6 Abs. 3a SGB V anzuwenden sind. Durch den Beitragszuschuss wird sichergestellt, dass diese Personen beitragsrechtlich nicht benachteiligt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 Nr. 7 b)

§ 257 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer wird auf die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V ausgedehnt. Bei Buchstabe bb) handelt es sich um eine redaktionelle Folgebestimmung zu einer Verweisungsregelung.

Bewertung

Nach den gesetzlichen Vorgaben sollen privat versicherte Arbeitnehmer gleichbehandelt werden mit den in der Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten. Deshalb ist es konsequent, wenn im Zuge der Wiedereinführung der Parität in der GKV der Arbeitgeberzuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer auch nach dem halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit bemessen wird. Eine Überzahlung kann nicht entstehen, denn der Beitragszuschuss ist letztlich auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden PKV-Beitrags begrenzt. Eine Anpassung der Regelungen zum Beitragszuschuss für in der GKV freiwillig versicherte Arbeitnehmer ist nicht notwendig, weil der jetzige Wortlaut auch für die ab 01.01.2019 geltende Rechtslage einschlägig ist und den kassenindividuellen Zusatzbeitrag hälftig berücksichtigen wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 3 Nr. 1

§ 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss durch den Rentenversicherungsträger für in der GKV freiwillig versicherte Rentner wird auf den (halben) Zusatzbeitrag der Krankenkasse, der der Rentner angehört, ausgedehnt.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt. Sie ist vom vdek im Rahmen der Fachanhörung zum Referentenentwurf des GKV-VEG am 07.05.2018 gefordert worden, denn im Zuge der Parität, ist eine Gleichbehandlung der freiwillig versicherten Rentner mit den pflichtversicherten Rentnern geboten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 3 Nr. 2
§ 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Rentner wird auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V ausgedehnt.

Bewertung

Nach der Gesetzesbegründung sollen privat versicherte Rentner gleichbehandelt werden mit den in der Krankenversicherung freiwillig versicherten Rentnern. Deshalb ist es konsequent, wenn im Zuge der Wiedereinführung der Parität in der GKV der Beitragszuschuss der Rentenversicherungsträger für privat versicherte Rentner auch nach dem halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit bemessen wird. Eine Überzahlung kann nicht entstehen, denn der Beitragszuschuss ist letztlich auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden PKV-Beitrags begrenzt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 4 Nr. 1

§ 172c (Altersrückstellungen)

Sachverhalt

§ 172c SGB VII verpflichtet die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz war die Möglichkeit geschaffen worden, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Bewertung

Für die GKV in § 171e Abs. 2a SGB V eine entsprechende Regelung vorgesehen (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 3).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 5 Nr. 1

§ 25 (Familienversicherung)

Sachverhalt

Es wird eine Vorschrift zum Verweis auf die Durchführung der Familienversicherung in der GKV geändert.

Bewertung

Die sachgerechte Anpassung ergibt sich aus dem Wegfall der Sonderregelung des § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der GKV zur versicherungsrechtlichen Beurteilung von Tagespflegepersonen, die nicht mehr als 5 fremde Kinder zeitgleich betreuen (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 2 Nr. 1).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Zu Artikel 6 Nr. 1

§ 25 (Altersrückstellungen, Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

§ 7 Abs. 1a LSV-NOG verpflichtet die Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Abgeleitet vom Versorgungsrücklagegesetz besteht aktuell die Möglichkeit, 10 Prozent des Kapitals in Aktien anzulegen. Zwischenzeitlich wurde die zulässige Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz auf 20 Prozent erhöht. Diese Änderung wird nun nachvollzogen.

Bewertung

Für die GKV in § 171e Abs. 2a SGB V eine entsprechende Regelung vorgesehen (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 3).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Zu Artikel 7 Nr. 1
§ 8 (Grundsatz)

Sachverhalt

Die LKK soll das Mitglied über die Möglichkeiten der Beitragsübernahme durch die Leistungsträger nach dem SGB II bzw. SGB XII unterrichten, wenn Beiträge für zwei Monate geschuldet werden.

Bewertung

Die Regelung übernimmt für die LKK die Vorgaben aus § 16b SGB V (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 1).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 2
§ 22 (Beginn der Mitgliedschaft)

Sachverhalt

Eine obligatorische Anschlussversicherung kommt in der LKK nicht zustande, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherten in Deutschland nicht ermittelt werden konnte.

Bewertung

Die Regelung übernimmt für die LKK die Vorgaben aus dem neuen Satz 4 des § 188 Abs. 4 SGB V (vgl. hierzu Bewertung zu Artikel 1 Nr. 4).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 3

§ 39 (Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer)

Sachverhalt

Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) gelten beitragsrechtlich als Versorgungsbezüge. Für diese Einnahmen gilt der halbe allgemeine Beitragssatz. Derzeit ist der volle durchschnittliche Zusatzbeitrag durch den Versicherten zu zahlen. Mit der Neuregelung, wird im Zuge der Regelungen über die Beitragsparität die Beitragsbemessung nach dem Zusatzbeitrag auf den halben durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V begrenzt.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Beitragsparität. Sie beträgt der Besonderheit Rechnung, dass die die LKK keinen eigenen Zusatzbeitrag erhebt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 4
§ 48 (Tragung der Beiträge durch Dritte)

Sachverhalt

Die Regelung setzt die Vorgabe der paritätischen Beitragstragung in der Krankenversicherung auch für den Bereich der versicherungspflichtigen Rentner, die in der LKK versichert sind, um.

Bewertung

Die Änderung dehnt die Parität folgerichtig auch auf die pflichtversicherten Rentner aus, die der LKK angehören.

Die Regelungen sind sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 5

§ 66 (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 22 Absatz 3)

Sachverhalt

Auch die LKK hat entsprechend § 323 SGB V (vgl. Art. 1 Nr. 12) eine Bestandsbereinigung wegen Ihrer „kontaktlosen“ Mitgliedschaften (oAV) rückwirkend ab 01.08.2013 durchzuführen.

Bewertung

Obwohl die LKK nicht am RSA bzw. am Gesundheitsfonds teilnimmt, hat sie ihren Mitgliederbestand wegen der „kontaktlosen“ Mitgliedschaften zu überprüfen. Das ist sachgerecht, denn insoweit dürften auch dort Mitgliedschaften bestehen, deren „Pseudo-Beitragsrückstände“ einer Aufklärung bedürfen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

Zu Artikel 8 Nr. 1

§ 35a (Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für freiwillig in der GKV versicherte Bezieher einer Rente aus der Landwirtschaftlichen Alterskasse wird auf den (halben) durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V ausgedehnt. Gleiches gilt für den Beitragszuschuss von privat versicherten Beziehern einer Rente aus der Landwirtschaftlichen Alterskasse.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Beitragsparität. Zur Vermeidung von Bürokratiekosten soll für in der GKV freiwillig versicherte Rentner der Landwirtschaftlichen Alterskasse der (halbe) durchschnittliche Zusatzbeitrag und nicht der (halbe) kassenindividuelle Zusatzbeitrag herangezogen werden. Das könnte systemwidrig sein. Andererseits handelt es sich um einen sehr geringen Personenkreis. Ferner ist eine Beitragsbemessung in der allgemeinen GKV nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht ungewöhnlich (vgl. § 242 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Insoweit kann der beabsichtigten Regelung gefolgt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 9 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Zu Artikel 9 Nr. 1

§ 10 (Beitragszuschuss)

Sachverhalt

Der Anspruch auf Beitragszuschuss gegenüber der Künstlersozialkasse für freiwillig in der GKV versicherte Künstler wird auf den (halben) durchschnittlichen Zusatzbeitrag ausgedehnt. Gleiches gilt für den Beitragszuschuss von privat versicherten Künstlern im Sinne des KSVG.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Beitragsparität und ist dem Grunde nach sachgerecht. Zur Vermeidung von Bürokratiekosten soll für die in der GKV freiwillig versicherten Künstler der (halbe) durchschnittliche Zusatzbeitrag und nicht der (halbe) kassenindividuelle Zusatzbeitrag herangezogen werden. Das könnte fragwürdig sein. Andererseits handelt es sich um einen sehr geringen Personenkreis. Ferner ist eine Beitragsbemessung in der allgemeinen GKV nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht ungewöhnlich (vgl. § 242 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Insoweit kann der beabsichtigten Regelung gefolgt werden, siehe auch Anmerkung zu Artikel 8. Ferner ist zu berücksichtigen, dass bei pflichtversicherten Künstlern für die Parität der halbe kassenindividuelle Zusatzbeitrag herangezogen wird und bei diesem Personenkreis systemgerecht verfahren wird. Vgl. nachstehende Änderung zu § 16 Abs. 1 Satz 1 KSVG.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 2

§ 16 (Beitragsanteil des Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung)

Sachverhalt

Die Regelung setzt die Vorgabe der paritätischen Beitragstragung in der Krankenversicherung auch für den Bereich der versicherungspflichtigen Künstler um.

Bewertung

Die Änderung in § 16 Abs. 1 Satz 1 KSVG dehnt die Parität folgerichtig auch auf die pflichtversicherten Künstler aus. Sie entspricht einem Vorschlag des vdek im Rahmen der Fachanhörung zum Referentenentwurf am 07.05.2018.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes

Zu Artikel 11 Nr. 2

§ 11b (Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung)

Sachverhalt

Nach § 11b Abs. 1 SVG haben Empfänger von Übergangsgebührrnissen Anspruch auf einen Beitragszuschuss durch den Dienstherren, wenn sie in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Auffangversicherungspflicht) oder im Rahmen der Neuregelung zum freiwilligen Beitritt ehemaliger Soldaten auf Zeit nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V (vgl. Artikel 2 Nr. 1) versichert sind.

Abs. 2 der Vorschrift sieht einen Anspruch auf Beitragszuschuss gegenüber dem Dienstherren bei einer privaten Krankenversicherung für den Bezieher von Übergangsgeld vor.

Nach Abs. 3 werden die Beitragszuschüsse nach den Absätzen 1 oder 2 auch dann gewährt, wenn Übergangsgebührrnisse nicht gezahlt werden, weil Versorgungskrankengeld nach § 16 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, bezogen wird.

Bewertung

Es handelt sich um eine dienstrechtliche Folgeänderung zur Einführung des ab 01.01.2019 geltenden Beitrittsrechts für ehemalige Zeitsoldaten nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V (vgl. Art. 2 Nr. 1) bzw. des Wegfalls des Anspruchs auf Beihilfe für Bezieher von Übergangsgebührrnissen.

Die Zuschussgewährung beschränkt sich nur auf die Beiträge zur Krankenversicherung. Es ist darauf hinzuweisen, dass mit einem Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V zur GKV auch eine Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung begründet wird (§ 20 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), vgl. dazu auch die Anmerkungen zu Artikel 2 Nr. 1. Das gilt letztlich auch bei Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wird deshalb zu prüfen sein, ob die Regelung des § 11b SVG um Bestimmungen zur Zuschussgewährung wegen der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung zu erweitern sind.

Änderungsvorschlag

Ggf. Anpassung der Vorschriften zur Gewährung von Beitragszuschüssen für eine Pflegeversicherung.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 256b SGB V –neu– (Übernahme rückständiger KV- und PV-Beiträge durch die Leistungsträger nach dem SGB II oder Träger der Sozialhilfe)

Sachverhalt

Dem Grunde nach bestehen aktuell Regelungen zur Beitragsübernahme durch den zuständigen Sozialleistungsträger (§ 26 SGB II, §§ 32, 32a SGB XII). Zwar wurde beispielsweise in § 32a SGB XII geregelt, dass die Beiträge als Bedarf anzuerkennen und vom Träger der Sozialhilfe direkt an die Krankenkasse zu zahlen sind, allerdings nur in den Fällen, in denen der Versicherte einen Antrag auf Hilfen nach dem SGB XII gestellt hat. Sofern – was in der Praxis häufig vorkommt – Beitragsrückstände bestehen, jedoch vom Versicherten kein Antrag auf Übernahme der Beiträge gestellt wurde, bleibt die Beitragszahlung offen.

Die Kassen haben kein eigenes Antragsrecht. Sie sind nicht aktivlegitimiert. Deshalb ist eine Regelung erforderlich, die zur Übernahme der Beitragszahlung führt, sofern der Versicherte keinen Antrag beim zuständigen Leistungsträger stellt. Dies gilt analog auch für den Fall der Anwendung des § 26 SGB II.

Die sich nach dem Vorschlag ergebende Verpflichtung zur Übernahme der Beitragszahlung entsteht, wenn die zuständige Krankenkasse nachweist, dass Vollstreckungshandlungen im Rahmen des § 66 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch erfolglos geblieben sind und ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 3a SGB V ohne Anwendung von Satz 4 dieser Vorschrift eintreten würde.

Vorschlag

Nach § 256a SGB V wird folgender § 256b SGB V eingefügt:

„Bei Beitragsrückständen des Mitglieds kann die Krankenkasse die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen. Die Voraussetzungen für die Beitragsübernahme sind bereits dann erfüllt, wenn die zuständige Krankenkasse nachweist, dass Vollstreckungshandlungen im Rahmen des § 66 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch erfolglos waren. Beitragsrückstände einschließlich darauf entfallender Säumniszuschläge und Gebühren sollen übernommen werden, wenn ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 3a ohne Anwendung des Satzes 4 der Vorschrift eintreten würde. Die Beitragsübernahme nach Satz 1 und 2 umfasst sowohl die laufenden als auch die rückständigen Beiträge.“

§ 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2, § 240 SGB V (Beitragspflicht bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen und sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen)

Sachverhalt

Das geltende Recht sieht für Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland und von Versorgungsbezügen ausdrücklich die Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung vor. Diese Einnahmen werden hiernach zeitlich den Monaten zugeordnet, für die sie nachgezahlt werden. Dies gilt auch dann, wenn die Beiträge außerhalb des Beitragsabzugsverfahrens durch den Rentenversicherungsträger oder durch die Zahlstelle der Versorgungsbezüge direkt von der Krankenkasse durch Bescheid erhoben werden.

Die faktische Umsetzbarkeit der Beitragserhebung durch die Krankenkassen scheidet allerdings immer dann, wenn Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen auf einen Zeitraum entfallen, der bereits durch einen vorangegangenen Verwaltungsakt über die festgesetzte Beitragshöhe (Beitragsbescheid) abschließend geregelt ist. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) in einem Urteil vom 21. September 2005 – B 12 KR 12/04 R –, USK 2005–25, mit dem Hinweis auf den Vorrang des Verwaltungsverfahrensrechts zur rückwirkenden Aufhebung der Beitragsbescheide (hier: § 48 SGB X) gegenüber dem materiellen Recht ausdrücklich festgehalten.

Eine vergleichbare Problematik ergibt sich für Nachzahlungen der Bezüge von freiwillig versicherten aktiven Beamten, für die ebenfalls die Heranziehung zur Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung der Einkommensverhältnisse – und somit rückwirkend – vorgesehen ist.

Vorschlag

Aus Sicht der Ersatzkassen ist dem Beitragsanspruch Vorrang vor verfahrensrechtlichen Belangen einzuräumen. Deshalb bedarf es einer gegenüber dem § 48 SGB X vorrangigen Sonderregelung im Geltungsbereich des SGB V, die eine Aufhebung von Beitragsbescheiden mit Wirkung für die Vergangenheit der Beitragspflichtigen anordnet, soweit die Beitragspflicht auf die Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland, von Versorgungsbezügen und Beamtenbezügen entfällt. Vorbilder dazu gibt es bereits, vgl. § 168 Absatz 2 Satz 1 SGB VII oder die frühere Regelung im Leistungsrecht der Arbeitslosenhilfe (§ 330 Absatz 3 Satz 2 SGB III in Verbindung mit § 200 Absatz 3 SGB III in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung). Alternativ könnte eine unmittelbare Anpassung des § 48 Absatz 1 SGB X erwogen werden.

Aus Sicht des vdek wäre folgende Lösung zu präferieren:

Dem § 240 Absatz 2 SGB V werden folgende Sätze 6 und 7 angefügt:

„Die Krankenkasse teilt dem beitragspflichtigen Mitglied den von ihm zu zahlenden Beitrag schriftlich mit. Der Beitragsbescheid ist für die Vergangenheit zuungunsten des Mitglieds aufzuheben, wenn rückwirkend ein Anspruch auf beitragspflichtige Einnahmen entsteht, insbesondere in den Fällen des § 228 Absatz 2 und des § 229 Absatz 2.“

Der neue Satz 6 beschreibt die Tatsache, dass die Krankenkasse ohnehin einen Beitragsbescheid zu erteilen hat. Der Folgesatz 7 setzt den eigentlichen Vorschlag um, dass Nachzahlungen von beitragspflichtigen Einnahmen auch zur rückwirkenden Beitragspflicht führen. Als Folge davon ist der ursprüngliche Beitragsbescheid, der zu einem Zeitpunkt erteilt wurde, an dem die beitragspflichtige Einnahme noch nicht berücksichtigt werden konnte, nachträglich aufzuheben. Auf diesem Wege kann die Intention des Beitragsrechts umgesetzt werden. z. B. Nachzahlungen aus Renten und Versorgungsbezügen beitragsrechtlich den Monaten zuzuordnen für die sie bestimmt sind. Ferner wird erreicht, dass die entstehende Beitragsforderung auch (nachträglich) geltend gemacht werden kann.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

Politik@vdek.com



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(15)
gel. ESV zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
4.10.2018

Prof. Dr. Stefan Greß

Inhaber der Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda

Stellungnahme

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)
BT-Drucksache 19/4454 vom 24.09.2018 und zu den Anträgen der Bundestagsfraktionen

1. AfD: *Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln*, BT-Drucksache 19/4538 vom 26.09.2018,
2. FDP: *Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige*, BT-Drucksache 19/4320 vom 14.09.2018,
3. DIE LINKE: *Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten*, BT-Drucksache 19/102 vom 22.11.2017,
4. DIE LINKE: *Gerechte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2019*, BT-Drucksache 19/4244 vom 12.09.2018.

1. Paritätische Finanzierung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge

Ich habe bereits an anderer Stelle in diesem Ausschuss darauf hingewiesen, dass die paritätische Finanzierung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge grundsätzlich als sachgerecht anzusehen ist.¹ Insofern ist es zu begrüßen, dass sich die Bundesregierung dieser Position mittlerweile angeschlossen hat. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kehrt damit wieder auf ihren langfristigen Entwicklungspfad zurück, den sie mit der Einführung des so genannten Sonderbeitrags im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 verlassen hatte.

Es ist jedoch erstens darauf hinzuweisen, dass von einer vollständigen Parität in der Finanzierung der GKV nicht die Rede sein kann. Die Versicherten werden weiterhin einseitig mit Zu- und Aufzahlungen belastet. Diese Selbstbeteiligungen haben keine wirksame Steuerungsfunktion und führen zu einer Aushöhlung der finanziellen Schutzfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern ist es zu begrüßen, dass mit dem Entwurf der Bundesregierung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) immerhin der Festzuschuss für Zahnersatz um 10 Prozent erhöht wird.

Problematisch ist im vorliegenden Entwurf des GKV-VEG zweitens die Umsetzung der paritätischen Finanzierung. Nach den bisher geplanten Regelungen sollen die Arbeitgeber grundsätzlich die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes finanzieren. Diese Regelung hat zwar den Vorteil, dass die paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für alle Mitglieder der GKV garantiert ist – unabhängig von der jeweiligen Kassenwahlentscheidung. Diesem Vorteil steht jedoch der Nachteil gegenüber, dass Arbeitgeber unter diesen Rahmenbedingungen zukünftig ein Interesse an der Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten entwickeln könnten. Eine Wahl von Krankenkassen mit niedrigen Zusatzbeitragssätzen würde schließlich in gleichem Ausmaß Arbeitgeber und Arbeitnehmer entlasten. Umgekehrt würde durch die Wahl von Krankenkassen mit hohen Zusatzbeitragssätzen auch die Arbeitgeber belastet. Dies ist zunächst ein eher theoretisches Argument – eine belastbare Empirie zu

¹ vgl. Greß, S. (2016). Schriftliche Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion BÜNDIS 90/Die GRÜNEN zur paritätischen Finanzierung in der GKV (BT-Drucksache 18/7237 vom 12.01.2016 und BT-Drucksache 18/7241 vom 13.01.2016). Berlin, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 18(14)0155(8).

diesem möglicherweise zu erwartenden Effekt aus der Vergangenheit gibt es nicht.² Die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs hat jedoch kürzlich zumindest von Einzelfällen berichtet, in denen Arbeitgeber die Wahlentscheidungen ihrer Versicherten beeinflusst haben. Es sei zudem nach Angaben der Wettbewerbszentrale von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.³

Ein Interesse der Arbeitgeber an der Kassenwahlentscheidung könnte vergleichsweise einfach neutralisiert werden. Dazu müsste sich die Höhe des von den Arbeitgebern zu finanzierenden Finanzierungsanteils nicht an der Hälfte des *kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes*, sondern an der Hälfte des von der Bundesregierung jährlich bis zum 1. November festzulegenden *durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V* orientieren. Die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags wäre in diesem Fall für die Gesamtheit der Versicherten sichergestellt. Im Einzelfall könnte es dann jedoch – in Abhängigkeit von den jeweiligen Kassenwahlentscheidungen – zu Abweichungen nach oben oder unten kommen.

2. Verpflichtung zum Abschmelzen von Finanzreserven

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschmelzen der Finanzreserven ist ambivalent zu bewerten. Einerseits wird die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Umlageprinzip finanziert. Der Aufbau von Finanzreserven sollte daher ausschließlich zum Ausgleich kurzfristiger Ausgabenspitzen erfolgen. Die Bundesregierung weist in ihrer Gesetzesbegründung zu Recht darauf hin, dass das Risiko für Schwankungen auf der Einnahmenseite durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen wird. Andererseits wird der Handlungsspielraum der im Wettbewerb miteinander stehenden Krankenkassen durch die vorgesehenen Regelungen stark eingeschränkt. Dies ist insbesondere deshalb relevant, weil der Preis als zentraler Wettbewerbsparameter der Krankenkassen anzusehen ist. Nicht nachvollziehbar ist in jedem Fall die mögliche Ausnahmeregelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern. Diese sollen insbesondere vor dem „Ausgabenrisiko sprunghafter erheblicher Mitgliederzuwächse und einer veränderten Risikostruktur der Versicherten“ geschützt werden (Gesetzesbegründung, S. 26).

² vgl. dazu ausführlich Gerlinger, T./S. Greß (2018). „Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV. Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall.“ Soziale Sicherheit 67 (Extra Januar 2018): 10-21.

³ Vgl. Ärzte-Zeitung vom 01.10.2018, S. 15: „Firmen missachten freie Kassenwahl“.

Das vorgesehene Abschmelzen der Finanzreserven in den nächsten Jahren in Verbindung mit der paritätischen Finanzierung des kassenindividuellen Beitragssatzes würde Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichermaßen entlasten. Dies ist insofern problematisch, als dass die Finanzreserven der Krankenkassen in den letzten Jahren vor allem durch ausschließlich von den Versicherten finanzierte Zusatzbeiträge aufgebaut wurden. Die oben vorgeschlagene Orientierung der paritätischen Finanzierung am durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V könnte jedoch sicherstellen, dass sinkende Beitragssätze aufgrund abschmelzender Finanzreserven ausschließlich die Versicherten entlasten.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist zudem, dass das Abschmelzen der Finanzreserven erst nach einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bis Ende des Jahres 2019 in Kraft treten soll. Dieser Zeitplan ist im Hinblick auf die Komplexität des Gegenstands als außerordentlich ambitioniert anzusehen. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass der reformierte Ausgleichsmechanismus die bestehenden Über- und Unterdeckungen tatsächlich verringern wird.

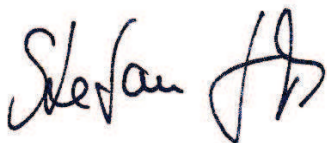
3. Reduzierung der Beitragsschulden

Es ist grundsätzlich sinnvoll, dass nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Bereinigung der Beitragsrückstände bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Überprüfung der grundsätzlich sinnvollen obligatorischen Anschlussversicherung erfolgen soll. Die Bundesregierung adressiert mit den vorgesehenen Maßnahmen jedoch nur einen Teil der Ursachen für Beitragsschulden. Es bleibt somit weiterhin das Problem, dass vor allem freiwillige Mitglieder mit der Zahlung von Beiträgen überfordert sind, die seit Einführung der Versicherungspflicht auch für Zeiträume ohne Versicherungsschutz aufgelaufen sind. Diese Beitragsschulden sind genauso wenig eintreibbar wie die im Gesetzentwurf thematisierten Beitragsrückstände. Gleichzeitig werden Nichtversicherte von einer Krankenversicherung abgeschreckt, weil sie im Versicherungsfall hohe Beitragsschulden und einen verminderten Leistungsanspruch befürchten müssen. Insofern sollten die im GKV-VEG vorgesehenen Regelungen ergänzt werden, um sowohl die Höhe der Beitragsrückstände als auch die Anzahl der Nichtversicherten weiter zu reduzieren.

4. Mindestbemessungsgrundlage für Beiträge hauptberuflich Selbstständiger

Die vorgesehene Halbierung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige von derzeit 2.283,75 Euro auf 1.141,88 Euro (Stand 2018) ist lange überfällig. Die bislang geltende Mindestbemessungsgrundlage basiert auf einem Bild selbstständiger Erwerbstätigkeit, das derzeit bei weitem nicht mehr der Norm entspricht. Etwa 40 Prozent aller Selbstständigen erzielen ein Einkommen, das unter der bisherigen Mindestbemessungsgrundlage liegt.⁴ Die Beitragsbelastung ist somit für diese Personengruppe regressiv – mit sinkendem Einkommen steigt die relative Belastung. Dieser Effekt wird durch die beabsichtigte Senkung der Mindestbemessungsgrundlage deutlich gemindert, beseitigt wird er aber nicht. Etwa 15 bis 20 Prozent der Selbstständigen erzielen ein Einkommen, das auch unter der neuen Mindestbemessungsgrundlage liegt. Das bedeutet, dass die Selbstständigen mit dem niedrigsten Einkommen überproportional stark mit Beiträgen belastet werden. In der Konsequenz werden für diesen Personenkreis die Beitragsrückstände nicht reduziert bzw. weiter ansteigen. Insofern sind Forderungen – wie in den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und FDP weitgehend übereinstimmend formuliert – zu einer deutlich stärkeren Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige gut nachvollziehbar. Alternativ sollte zumindest an der im vorliegenden Gesetzentwurf gestrichenen Härtefallregelung festgehalten werden.

Fulda, den 3. Oktober 2018



Prof. Dr. Stefan Greß

⁴ vgl. Albrecht, M./R. Ochmann/G. Schiffhorst (2016). Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Selbstständige. Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung sowie Haun, D./K. Jacobs (2016). “Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar.” *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 16(1): 22-30.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit



Deutscher
BundeswehrVerband

Vorsitzender Fachbereich
Besoldung, Haushalt und Laufbahnrecht

Ausschussdrucksache

19(14)0034(16)

gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -

GKV-VEG

4.10.2018

Deutscher BundeswehrVerband • Stresemannstr. 57 • 10963 Berlin

Per E-Mail: jasmin.holder@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Berlin, 4. Oktober 2018

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf GKV-Versichertenentlastungsgesetz

Geschäftszeichen: PA 14-5410-21

Sehr geehrte Frau Holder,

in oben genannter Angelegenheit übersende ich Ihnen die Stellungnahme des Deutschen BundeswehrVerbandes; mit einer Veröffentlichung sind wir einverstanden.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Dr. Detlef Buch

10963 Berlin • Stresemannstr. 57

Telefon (030) 235 990 – 0 • Telefax (030) 235 990 – 35 • www.dbwv.de

Für
unsere
Mitglieder!



Deutscher
BundeswehrVerband

Stellungnahme
zum Zugang zur
Gesetzlichen Krankenversicherung
für Soldaten auf Zeit
(Versichertenentlastungsgesetz)

[PA 14-5410-21]

Für
unsere
Mitglieder!

I. Allgemeines

Der Deutsche BundeswehrVerband begrüßt ausdrücklich, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit dem vorliegenden Entwurf eines GKV-Versichertenentlastungsgesetzes den Krankenversicherungsschutz ehemaliger Soldaten auf Zeit verbessern möchte.

Jedoch sieht der Deutsche BundeswehrVerband noch Handlungsbedarf in einigen Punkten. Dabei wollen wir zunächst die Bedeutung der Soldaten auf Zeit für die Bundeswehr betonen. Die Bundeswehr ist in besonderem Maße auf diesen Personenkreis angewiesen, da rund zwei Drittel der Streitkräfte aus Soldaten auf Zeit besteht. Ohne sie wäre eine Auftragserfüllung im Auslandseinsatz und im Inland nicht möglich. Dabei zeichnet die Soldaten auf Zeit ein Widerspruch aus: Einerseits nehmen sie bei der täglichen Auftragserfüllung die gleichen Belastungen und Gefahren wie die Berufssoldaten auf sich. Andererseits haben sie den klaren Nachteil eines Dienstverhältnisses lediglich auf Zeit und damit zum Beispiel eine schlechtere Alterssicherung als Beamte auf Lebenszeit oder Berufssoldaten. Damit haben sie ein negatives Alleinstellungsmerkmal im gesamten öffentlichen Dienst.

Deshalb ist es notwendig, das Dienstverhältnis der Soldaten auf Zeit so attraktiv wie möglich zu gestalten. Dazu gehört ein lückenloser und bezahlbarer Krankenversicherungsschutz nach dem Ende der Dienstzeit, der aber nicht zu Lasten bisheriger Attraktivitätsmerkmale gehen darf.

Weiterhin problematisch sind aus Sicht des Deutschen Bundeswehrverbandes weiterhin die folgenden Punkte:

1. Sorge bereitet uns die Kenntnis um von der Ausschlussregel gemäß § 6 Abs. 3a SGB V Betroffene, denen die geplante Gesetzgebung nicht abhilft: als Altfälle in diesem Sinne bezeichnen wir daher alle Soldaten auf Zeit, die seit dem 15. März 2012 bis zum 30.09.2018 entlassen wurden. Für diese quantitativ eher kleine Gruppe (das BMVg nennt hierzu die Zahl 53) mahnen wir dringend Nachbesserungen in Form einer zeitlich begrenzten Öffnungsklausel an. (Siehe auch die Einlassung zu Artikel 2 Nr. 1 in Teil II der Stellungnahme.)
2. Des Weiteren lässt der vorliegende Entwurf leider kein Bemühen um die Behebung der bestehenden Benachteiligung der ehemaligen Soldaten auf Zeit durch die sog.

9/10-Regel im Bereich der Krankenversicherung der Rentner erkennen. Zugestanden: Ab Inkrafttreten der Änderung wird der Zeitraum des Bezugs von Übergangsgebühren i.V.m. Beihilfegewährung nicht mehr potentiell schädlich für die Erfüllung der 9/10-Regel gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V sein. Hierbei handelt es sich um einen Zeitraum von maximal fünf Jahren. Jedoch ist damit dem Problem für jene Soldaten auf Zeit, die - im Mittel - nach Vollendung des 45. Lebensjahres entlassen wurden, nicht abgeholfen. Die eventuelle kostenmäßige Schlechterstellung der Betroffenen als Rentner bleibt bestehen. Zur Beitragsberechnung von als Rentner nicht Pflichtversicherten wird neben dem sonstigen Einkommen auch das Einkommen von Ehepartnern, welche nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, herangezogen. Dies trifft beispielsweise auch auf Ehepartner von Beamten des mittleren Dienstes zu. Die dann möglichen Mehrkosten für die freiwillig gesetzlich Versicherten in Höhe von bis zu 200 Euro monatlich bei einer angenommenen Rentenhöhe von 1200 Euro stellen eine ungerechtfertigte Schlechterstellung der ehemaligen Soldaten auf Zeit dar.

Die Sozialversicherungsfreiheit im Dienstverhältnis resultiert nicht aus einer freien Entscheidung der Betroffenen, sondern leitet sich aus dem Status als Soldat auf Zeit ab. Hieraus darf den Soldaten kein Nachteil in der Zeit des Rentenbezuges entstehen. Daher stellt der DBwV die folgende Abhilfe zur Sicherstellung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner für alle Soldaten auf Zeit in Rede:

Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V: *„bei Soldaten auf Zeit sind entsprechend als Vorversicherungszeiten zu berücksichtigen die Zeiten des Wehrdienstverhältnisses und der Dienstzeitversorgung im Sinne des Soldatenversorgungsgesetzes, die in der zweiten Hälfte des Arbeitslebens zurückgelegt worden sind,“.*

3. Auch den Ehepartnern von Soldaten auf Zeit sowie von Berufssoldaten entstehen aus dem Status ihrer Ehegatten spezifische Nachteile, die zu bereinigen im vorliegenden Gesetz Gelegenheit wäre. Den Soldatenehefrauen mit in der Regel lückenhafter Erwerbsbiographie stünde nach hiesiger Ansicht eine Erleichterung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner zu insofern, als dass die Folgen von Versetzungshäufigkeit - unter Umständen auch ins Ausland - eine Besonderheit des soldatischen Dienstes ist, das nicht zu Lasten der Familien der Betroffenen gehen darf. Um diese

Schiefelage abzumildern, schlagen wir vor, die Anrechnung der Zeiten im Ausland für Partner von Soldaten wie folgt zu regeln:

Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung von § 5 Abs. 2 SGB V um einen Satz 3: *„Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit werden die Zeiten hinzugezählt, in denen sich das Mitglied mit dem Soldaten- oder Beamtenpartner im Ausland befand, die aus dem dienstlichen Wohnsitz im Ausland oder der Abordnung in das Ausland resultieren.“*

4. Andererseits haben Ehepartner von Berufssoldaten häufig als in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherungspflichtige über Jahrzehnte in eine große Anwartschaft einer privaten Krankenversicherung investiert, um im Rentenalter von der Beihilfeberechtigung der Ehepartner von Versorgungsempfängern zu profitieren. Diesen Personen wird hingegen eine Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner aufgezwungen, da eine Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG Az. B12 KR 24/14 R vom 27.04.2016) regelmäßig nicht möglich ist.

Um dem abzuwehren, regt der DBwV eine zweiteilige Ergänzung des § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V um folgenden Teilsatz an: *„auch wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand,“* sowie in § 8 Abs. 2 eine Einfügung in Satz 1 nach *„Versicherungspflicht“*: *„oder dem Antrag auf Rente“*. Auf diese Weise kann den Bemühungen der Betroffenen um Eigeninitiative und private Vorsorge angemessen Rechnung getragen werden.

5. Die dem Regelungsansatz immanente Streichung der Beihilfeberechtigung für ehemalige Soldaten auf Zeit stellt aus Betroffenenansicht einen Einschnitt in die Versorgungsqualität der ausscheidenden Soldaten auf Zeit dar und ist als solcher auch grundsätzlich zu kritisieren. In der Folge können den nach bestehender Rechtslage Beihilfeberechtigten in bestimmten Situationen deutliche Mehrkosten für die Krankenversicherung ihrer Kinder entstehen. Hierzu ein Fallbeispiel: Eine Soldatin auf Zeit plant, nach dem Dienstzeitende ihre Kinder in einem beihilfekonformen Tarif der PKV abzusichern. Während der aktiven Dienstzeit hatten die Kinder auch schon eine entsprechende PKV-Restkostenversicherung. Nach dem geplanten Inkrafttreten des

Versichertenentlastungsgesetzes wird diese Option nicht mehr möglich sein, da ab 1.1.2019 keine Beihilfegewährung während des Bezuges von Übergangsgebührens erfolgt. Eine Absicherung der Kinder in der GKV-Familienversicherung ist im beschriebenen Fall auch nicht möglich, da der Lebenspartner oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdient und PKV-Mitglied ist. Für zwei Jahre des Bezuges von Übergangsgebührens fallen nun anstatt der 30%-PKV für die Kinder die erheblich höheren Kosten der PKV-Vollversicherung an, was sich bei zwei Kindern auf einen "Schaden" i.H.v. ca. 5000 € beliefe. Hierfür ist nach derzeitigem Stand kein Ausgleich durch den Gesetzgeber vorgesehen. Der deutsche BundeswehrVerband regt daher dringend an, eine Schadlosstellung der Betroffenen sicherzustellen. Dies gilt umso mehr, da ja andere Lösungen möglich sind, wie der Vorschlag des Verbandes vorsieht (siehe die Formulierungsvorschläge zu § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 13b SGB V). Daher gibt der Deutsche BundeswehrVerband zu bedenken, einen anderen Lösungsansatz zur Sicherstellung des Rückkehrrechts zu wählen: Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung des § 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V um den Satz: *„Optionsmodelle, die eine private Versicherung lediglich ermöglichen, begründen keinen anderweitigen Anspruch im Sinne von Satz 1 dieser Nummer.“* Hiermit wäre Rechtssicherheit für alle Akteure geschaffen.

II. Im Einzelnen

1. zu Art. 2 Nr. 1 a) und b) (Änderung von § 9 SGB V)

Regelungsabsicht und primärer Effekt - die Schaffung eines Zugangs zur gesetzlichen Krankenversicherung für vor dem Wehrdienst privat Versicherte - sind grundsätzlich zu begrüßen. Die tatsächlich bestehenden problematischen Altfälle - alle Soldaten auf Zeit, die zwischen dem 15.03.2012 (Inkrafttreten des Gesetzes zur Unterstützung der Fachkräftegewinnung im Bund, welches die Verpflichtungszeiträume für die Laufbahnen der Mannschaften und Unteroffiziere vom 40. auf das 62. Lebensjahr erhöhte) und dem 30.09.2018 entlassen wurden und das 55. Lebensjahr schon vollendet hatten - werden von den vorliegenden Regelungen nicht erfasst. Die Betroffenen bleiben auf das private Krankenversicherungssystem mit seinen erheblich höheren Kosten für nicht beihilfeberechtigte Personen verwiesen.

Da die Soldaten auf Zeit im Alter auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung angewiesen sind bzw. sein werden, stellen die Kosten einer Vollversicherung PKV (im Basisstarif 680 € monatlich, bei individuellen Tarifen auch deutlich höher) angesichts einer durchschnittlichen Rentenhöhe von 1342 € (Bundesdurchschnitt 2016) eine unzumutbare finanzielle Belastung dar.

Als Abhilfe denkbar wäre eine zeitlich begrenzte Öffnungsklausel in § 9 Abs. 1 Nr. 8 SGB V: „8. Personen, die als Soldaten auf Zeit nach dem 15. März 2012 ausgeschieden sind und zu diesem Zeitpunkt das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, bis zum Ablauf von drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.“

2. zu Art. 2 Nr. 7 (Änderung von § 257 SGB V)

Das hierin erkennbare Bemühen um die Vermeidung von Kostennachteilen per anteiliger Beitragstragung durch den Bund wird ausdrücklich begrüßt.

3. zu Art. 3 Nr. 1 (Änderung von § 106 SGB VI)

Die in Rede stehende Änderung ist lediglich redaktioneller Natur. Gleichwohl soll angeregt werden, hier auch die vom Bundesministerium der Verteidigung geplante Änderung des SGB VI - Einführung der Rentenversicherungspflicht von Übergangsgebühren bei voller Betragstragung durch den Bund - aufzunehmen. Damit würde den rentenrechtlichen Nachteilen von Soldaten auf Zeit frühest möglich abgeholfen.

4. zu Art. 5 (redaktionelle Änderung § 25 Abs. 1 SGB XI)

Der Wechsel aus der Sozialversicherungsfreiheit für Soldaten auf Zeit in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung hat Rückwirkungen auf die dann mitversicherten Familienangehörigen. Gleichwohl bleibt diese Änderung nicht ohne Wechselwirkungen in anderen Sozialgesetzbüchern, wie der Blick auf die Familienversicherung gemäß SGB XI zeigt. Hier ist eine sorgfältige Überprüfung auf weitere unerwünschte, gleichwohl mögliche Nebenefekte der Änderungen geboten. Zur Verdeutlichung soll hier ein Beispiel dienen: Ein vor dem Wehrdienst privat krankenversicherter Soldat hat seine Angehörigen während seiner Dienstzeit jahrelang über die Beihilfe absichern können und korrekter Weise auch deren Pflegeversicherung im privaten Versicherungszweig veranlasst. Bei Dienstzeitende würde nun der Soldat regelmäßig freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung,

seine Angehörigen würden gemäß § 10 SGB V über die Familienversicherung abgesichert. Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung, daher würde auch eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nötig. Tritt nun Pflegebedürftigkeit beispielsweise der Partnerin ein, ist diese mit einem Leistungsausschluss gemäß § 33 Abs. 2 SGB XI für die Dauer von zwei Jahren ab Beitritt zur sozialen Pflegeversicherung konfrontiert.

Daher wird folgende Änderung des § 27 Satz 3 SGB XI vorgeschlagen: „... mit Ausnahme der Personen nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 des fünften Buches des Sozialgesetzbuches und deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.“

5. zu Art. 10 Nr. 1, 2 (Änderung §§ 100, 31 Abs. 2 SG)

Beihilfegewährung gem. § 31 SG (und § 80 BBG) - siehe die Ausführungen zu Art. 11 Nr. 2 (Änderung § 2 BBhV).

6. zu Art. 11 Nr. 1, 2 (Einfügung von § 11b SVG)

Der Beitragszuschuss zur privaten Restkostenversicherung nach § 11b Abs. 2 SVG ist leider unklar formuliert. Inwieweit Ehepartner und Kinder hiervon profitieren, bleibt streitbar. Die Erwartungshaltung wird bei den Betroffenen jedoch vorhanden sein, da die jetzige Beihilferegelung Familienangehörige unter bestimmten Voraussetzungen berücksichtigt.

7. zu Art. 12 (Änderung § 2 BBhV)

Mit der Streichung der Beihilfeberechtigung entfällt für die Soldaten auf Zeit - hier auch für die deutlich unter 55-jährigen - die Möglichkeit, sich für den Zeitraum unmittelbar nach dem Ende ihrer Dienstzeit kostengünstig in der privaten Krankenversicherung abzusichern. Nur in seltenen Fällen könnten sich ausscheidende Soldaten auf Zeit nach Inkrafttreten dieser Regelung für private Krankenversicherung entscheiden: Bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der zivilen Anschlussbeschäftigung, sowie beim Eintritt von Versicherungsfreiheit durch sonstige Umstände (beispielsweise Beamtenstatus, Selbstständigkeit). Damit ist die Aussage der Gesetzesbegründung zu Art. 11 (Seite 39, letzter Absatz: „Dennoch bleibt die aktive Entscheidung für den Weg in die private Krankenversicherung als Option erhalten.“) so nicht nachvollziehbar. Im Ergebnis stellen wir eine Schlechterstellung der Betroffenen durch den Wegfall der Beihilfeberechtigung fest.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(17)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
5.10.2018

verbraucherzentrale

Bundesverband

QUALITÄTSWETTBEWERB DER KRANKENKASSEN ERMÖGLICHEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten
in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

BT-Drucksache 19/4454

5. Oktober 2018

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. POSITIONEN IM EINZELNEN	5
1. Rückkehr zur paritätischen Finanzierung	5
2. Informationspflichten für Krankenkassen	6
3. Senkung des Mindestbeitrags für Selbstständige	7
4. Abbau der Finanzreserven einzelner Krankenkassen.....	8

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz; GKV-VEG) sieht die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV vor. Ab dem 1. Januar 2019 sollen auch die Zusatzbeiträge der Krankenkassen wieder von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie von Rentnerinnen und Rentnern durch die Rentenversicherung gemeinsam finanziert werden. Diesen Schritt unterstützt der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) vollumfänglich, da damit eine langjährige Forderung des vzbv vom Gesetzgeber umgesetzt wird. Aus der Neuregelung resultieren nach Auffassung des vzbv zwei erhebliche Vorteile für Verbraucherinnen und Verbraucher¹ und die Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

- Finanzielle Entlastung der gesetzlich Versicherten
- Entschärfung des Preiswettbewerbs und Verlagerung hin zu mehr Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen

Aus Sicht des vzbv ist neben der im Gesetzentwurf vorgesehenen finanziellen Entlastung der Versicherten allerdings zusätzlich eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenkassen notwendig, um den Qualitätswettbewerb gegenüber dem Kostenaspekten zu stärken. Eine weitergehende Informationspflicht für Krankenkassen kann dazu beitragen, dass Verbraucher nicht nur Kosten, sondern auch Angebote und Service der verschiedenen für sie wählbaren Krankenkassen vergleichen können. Ebenso muss Transparenz über das Genehmigungsverhalten von Leistungen der einzelnen Krankenkassen hergestellt werden.

Der Gesetzentwurf sieht ebenfalls zum 1. Januar 2019 die aus Sicht des vzbv notwendige Entlastung von Selbstständigen mit geringen Einkommen durch die Herabsetzung der für die GKV zu leistenden Mindestbeiträge vor. Angesichts der vielfach unverhältnismäßig hohen finanziellen Belastung der betroffenen Verbrauchergruppe ist eine zeitnahe Umsetzung von hoher Relevanz und kann in der Praxis zu einer spürbaren Entlastung der Versicherten beitragen.

Grundsätzlich ist es aus Verbrauchersicht auch nachvollziehbar, dass keine überhöhten finanziellen Rücklagen durch die Krankenkassen gebildet werden. Vor einem Zugriff auf die vorhandenen Finanzreserven muss jedoch ein Blick auf die Ursache der bei den Krankenkassen sehr unterschiedlich hohen Rücklagen geworfen werden. Die vereinfachte Schlussfolgerung, dass Kassen ohne Rücklagen schlecht wirtschaften, kann zwar im Einzelfall zutreffen, ist aber nicht das entscheidende Problem. Ausschlaggebend ist vielmehr der für das Finanzierungssystem grundlegende und unerlässliche finanzielle Ausgleich zwischen den Kassen. Der vzbv begrüßt daher ausdrücklich, dass ein Abschmelzen der Finanzreserven erst nach einer Reform des maßgeblichen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) frühestens ab dem Jahr 2020 erfolgen soll. Vor dem Zugriff auf die Rücklagen der Krankenkassen ist eine gezielte Weiterentwicklung auf Basis der bereits vorliegenden Gutachten unerlässlich. Angesichts der Vielzahl von Reformvorhaben der Bundesregierung im Bereich Gesundheit und Pflege, die mit deutlichen Kostensteigerungen verbunden sind, sollten die aktuell vorhandenen finanziellen Rücklagen in der GKV zudem in ihrer Höhe auch nicht überschätzt werden.

¹Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Die Finanzierungsregelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) waren in den vergangenen Jahren stetigen Veränderungen unterworfen. Verbraucher sind hiervon als Beitragszahler in der Regel direkt betroffen – zuletzt durch die Umsetzung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2015. Dies hatte zur Folge, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV unabhängig von der tatsächlichen Kostenentwicklung festgeschrieben wurde. Steigende Kosten innerhalb der GKV sind seitdem allein von den Versicherten in Form von Zusatzbeiträgen der Krankenkassen zu tragen.

Der aktuell vorgelegte Gesetzentwurf zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz) hat die Zielsetzung, dass die Beiträge zur GKV wieder von Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen werden. Weitere Maßnahmen zielen darauf ab, die Beitragsbelastung von Selbstständigen mit geringem Einkommen zu senken, Beitragsschulden zu reduzieren und vorhandene Finanzreserven der Krankenkassen abzubauen.

Am 8. Oktober 2018 führt der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung zum vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung durch. Der vzbv bedankt sich für die Gelegenheit, zu den geplanten verbraucherrelevanten gesetzgeberischen Maßnahmen Stellung nehmen zu können.

In den folgenden Detailausführungen werden einzelne Vorhaben des Gesetzes einer kritischen Überprüfung zu unterzogen.

III. POSITIONEN IM EINZELNEN

1. RÜCKKEHR ZUR PARITÄTISCHEN FINANZIERUNG

Bis zum Jahr 2005 wurden die Beiträge in der GKV paritätisch von den Versicherten und Arbeitgebern getragen. In den folgenden Jahren wurde dieses Prinzip aufgegeben und mehrfach verändert, so dass die Versicherten einseitig finanziell stärker belastet sind. Zum 1. Januar 2015 wurde das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz erneut angepasst. Der allgemeine Beitragssatz wurde auf 14,6 Prozent festgelegt. Versicherte und Arbeitgeber tragen hiervon jeweils einen Anteil von 7,3 Prozent. Der Arbeitgeberbeitrag wurde auf 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben, was vom vzbv bereits im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens kritisiert wurde.² Dies hat seitdem zur Folge, dass alle zukünftigen Ausgabensteigerungen in der GKV allein von den Versicherten in Form von sogenannten Zusatzbeiträgen zu tragen sind.

Der durchschnittliche, zu leistende Zusatzbeitrag, der aus der Differenz der prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der GKV im kommenden Jahr ermittelt wird, beläuft sich 2018 auf 1,0 Prozent, weitere Erhöhungen sind aufgrund der Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren zu erwarten. Abhängig von den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen, welche die Krankenkassen aufgrund ihrer realen Finanzsituation erheben können, schwanken die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen. Die Versicherten sind dadurch mit deutlich voneinander abweichenden Zusatzbeiträgen von aktuell bis zu 1,7 Prozent konfrontiert.

Die finanzielle Entlastung der Versicherten durch die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist angesichts der zu erwartenden Ausgabenentwicklungen durch die Vielzahl aktueller kostenintensiver Reformbestrebungen der Bundesregierung im Gesundheitswesen sowie anderer Faktoren, wie dem medizinisch-technischen Fortschritt in den kommenden Jahren, unerlässlich. Diese Kosten wären ansonsten allein und auf Dauer von den Versicherten zu tragen. Bei der Diskussion um das „Für und Wider“ der paritätischen Finanzierung ist gerade dieser mittel- und langfristige Aspekt relevant, da vielfach lediglich die aktuelle Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages in den Blick genommen wird. Allerdings sind die Belastungen für die Versicherten bereits bei einem Zusatzbeitrag von 1,0 Prozent durchaus spürbar – insbesondere bei einem Blick auf die in der Praxis von den einzelnen Krankenkassen tatsächlich erhobenen individuellen Zusatzbeiträge.

In diesem Zusammenhang gilt es auch, Geringverdiener in den Blick zu nehmen. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge werden zwar einkommensabhängig erhoben, aber die finanzielle Belastung würde mit einem steigenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag in den kommenden Jahren deutlich zunehmen, da keinerlei Belastungsgrenzen existieren und alle Kassen nach und nach zwangsläufig höhere Zusatzbeiträge verlangen müssten.

Dem Argument einer wirtschaftsfördernden Abkoppelung von Lohnzusatzkosten und Gesundheitsausgaben steht der gravierende Nachteil entgegen, dass Arbeitgeber kein

² Vgl. u.a. vzbv, Zukünftige Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht allein den Versicherten aufbürden, 16.04.2014, <https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/Krankenversicherung-Stellungnahme-vzbv-2014-05-16.pdf> (Abruf am 21.09.2018)

Interesse an moderat ansteigenden Gesundheitsausgaben mehr haben, wenn ihr Beitrag nicht mit den wachsenden Ausgaben steigt.

Eine repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv im Jahr 2017 verdeutlicht den Wunsch der Verbraucher nach einer solidarischen und paritätischen Finanzierung der Gesundheitsvorsorge in Deutschland. 92 Prozent der damals befragten Verbraucher fanden die Forderung wichtig, dass die Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder gleichermaßen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden.³

Die zum 1. Januar 2019 vorgesehene Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beiträge zur GKV durch Arbeitgeber und Beschäftigte bzw. Rentenversicherung und Rentner begrüßt der vzbv ausdrücklich und vollumfänglich. Zur Vereinfachung der Finanzierungssystematik und zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs gegenüber dem Preiswettbewerb regt der vzbv allerdings an, komplett auf die Erhebung von individuellen Zusatzbeiträgen durch die Krankenkassen zu verzichten. Anstelle dessen sollte eine Möglichkeit zur Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes durch die einzelnen Krankenkassen in Abstimmung mit der jeweils zuständigen Aufsicht geschaffen werden, sofern dies aufgrund der jeweiligen Finanzsituation notwendig erscheint.

2. INFORMATIONSPFLICHTEN FÜR KRANKENKASSEN

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Rückkehr zur paritätischen Finanzierung hat aus Sicht des vzbv positive Auswirkungen auf die Entwicklung des qualitätsorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander. Preisunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen werden bei der aktuellen Finanzierungslogik ausschließlich von den Versicherten getragen, die auch die Entscheidung über Verbleib bei bzw. den Wechsel der Krankenkasse vornehmen. Jede Erhöhung von Beitragssätzen setzt damit unter prinzipiell wechselwilligen und -fähigen Versicherten erneut die Suche nach dem preislich günstigsten Angebot in Gang. Dieser Anreiz wird durch die Rückkehr zur Parität begrenzt.

Problematisch bleibt dabei allerdings, dass neben den Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen kaum transparente Informationen über die Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen vorliegen, so dass diese Faktoren nicht in eine rationale Auswahlentscheidung durch Versicherte einbezogen werden können. Es ist daher notwendig die Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenkassen zu stärken und damit den Wettbewerb um Qualität gegenüber reinen Kostenaspekten. Der vzbv begrüßt, wie bereits ausgeführt, die vorgesehenen finanziellen Entlastungen für Verbraucher, sieht jedoch den Bedarf an weiteren Maßnahmen.

Informationspflichten für Krankenkassen, die einen Überblick über die jeweiligen individuellen Service-, Beratungs- und Leistungsangebote geben, sind notwendig. Ebenso müssen die einzelnen Krankenkassen verpflichtet werden, zumindest ein-

³ vzbv, Verbraucherreport 2017, repräsentative Umfrage von KANTAR Emnid im Auftrage des vzbv, April 2017, https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/11/08/21465_vzbv_finanzierung_final_web.jpg (Abruf am 21.09.2018)

mal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen – also unter anderem transparent zu machen, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Kasse erfolgreich waren.

Der vzbv unterstützt daher die im Jahr 2017 von der damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, aufgestellte Forderung, die Widerspruchszahlen der Krankenkassen zu veröffentlichen. Dieses Vorgehen wird auch durch das Bundesversicherungsamt in seinem aktuellen Sondergutachten⁴ begrüßt. Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 ebenso 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung aus.⁵ Einzelne Krankenkassen gehen hier bereits vorbildlich auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Zahlen. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller für sie wählbaren Kassen ermöglichen.

Gelingen kann eine Stärkung des Qualitäts- gegenüber dem Preiswettbewerb nur dann, wenn Patienten die ihnen von den Krankenkassen angebotenen Versorgungsangebote beurteilen, das heißt vor allem vergleichend zur Grundlage von qualitätsgesicherten Wahlentscheidungen machen können. Hier fordert der vzbv mehr Transparenz ein.⁶ Müssen die Krankenkassen beispielsweise die Inhalte von Selektivverträgen nicht veröffentlichen, wird es zukünftig nur Wettbewerb um behauptete Qualität geben. Für die Patienten besteht dabei keine Transparenz hinsichtlich des Angebots und ihres Nutzen. Als Auswahlkriterium bleibt den Versicherten dann weiterhin nur der kassenindividuelle Zusatzbeitrag. Nichtsdestotrotz kann die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung den derzeit im Vordergrund stehenden Preiswettbewerb abmildern.

3. SENKUNG DES MINDESBEITRAGS FÜR SELBSTSTÄNDIGE

Bei der Beitragsberechnung von freiwillig gesetzlich krankenversicherten, selbstständig tätigen Verbrauchern wird die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt und es gibt die Besonderheit, dass im Gegensatz zum sonstigen Vorgehen in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung Mindestbemessungsgrundlagen für die Beitragsfestsetzung gelten, auch wenn das tatsächlich erzielte Einkommen niedriger liegt.

Selbstständige haben angesichts der veranschlagten Mindestbeiträge vielfach Probleme, ihre Beiträge zur GKV zu tragen. Dies führt bei den betroffenen Versicherten zu einer überdurchschnittlichen finanziellen Belastung durch die zu leistenden GKV-Versicherungsbeiträge und nicht selten zu Beitragsrückständen. Die grundlegende Annahme, dass Selbstständige grundsätzlich immer ein hohes Einkommen erzielen, ist falsch und entspricht in vielen Fällen nicht mehr den realen Lebensverhältnissen. Zu

⁴ Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 150.

⁵ vzbv, Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv, September 2017, https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf (Abruf am 21.09.2018)

⁶ Vgl. vzbv, Pressemeldung vom 13.10.2017, vzbv fordert umfangreiche Informationspflichten für Krankenkassen, <https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen> (Abruf am 21.09.2018)

nennen sind in diesem Zusammenhang insbesondere so genannte Solo-Selbstständige, wie Kioskbesitzer oder Taxiunternehmer. Dies wird auch in den Beratungen der Verbraucherzentralen vor Ort immer wieder deutlich.

Die in der Begründung zum Vorhaben einer Änderung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige im Gesetzentwurf vorgebrachte Annahme, dass sich durch die Veränderungen des Arbeitsmarktes in den letzten Jahren auch die selbstständige Tätigkeit verändert hat und viele Kleinunternehmer daher mit dem derzeitigen Mindestbeitrag überfordert sind, kann der vzbv deshalb aus der Praxis bestätigen.

Die vorgesehene Änderung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ist aufgrund dessen eine zielführende und nachvollziehbare Maßnahme des Gesetzgebers. Durch die Absenkung des maßgeblichen Anteils zur Berechnung der Mindestbemessungsgrundlage vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße in § 240 Absatz 4 SGB V, ergibt sich eine deutliche Entlastung. Die sich aus der geänderten Berechnungsgrundlage ergebende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für das Jahr 2018 beläuft sich laut Gesetzentwurf auf 1.141,88 (anstatt 2.283,75 Euro) Euro im Monat, was einem Mindestbeitrag von 171,28 Euro entspricht.

Die Verminderung der Beitragsbelastung von freiwillig gesetzlich versicherten Selbstständigen zum 1. Januar 2019 und die damit verbundene Entlastung dieser Versichertengruppe sind ausdrücklich zu begrüßen. Der vzbv weist jedoch darauf hin, dass das Einkommen von Solo-Selbstständigen teilweise noch geringer ausfällt. Dies gilt es bei Festlegung der Höhe des Mindestbeitrags mit in den Blick zu nehmen. Die Sinnhaftigkeit derartiger selbstständiger Tätigkeiten kann in Frage gestellt werden. Nichtsdestotrotz werden diese Versicherten ohne arbeitsmarktpolitische Maßnahmen durch die anfallenden Beiträge für ihre Krankenversicherung weiterhin überfordert sein.

4. ABBAU DER FINANZRESERVEN EINZELNER KRANKENKASSEN

Die finanzielle Entlastung von Verbrauchern durch die Senkung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist grundsätzlich zu begrüßen – dies gilt daher auch für den Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das von der Bundesregierung vorgesehene Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler wird vom vzbv jedoch zum jetzigen Zeitpunkt als äußerst problematisch angesehen. Zwei Aspekte liegen dieser Einschätzung zu Grunde:

- ❖ Die von CDU, CSU und SPD im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode vereinbarten Maßnahmen werden zu erheblichen Kostensteigerungen führen, wodurch sich die vorhandenen Rücklagen der Krankenkassen voraussichtlich kurz- und mittelfristig deutlich vermindern werden.
- ❖ Die Finanzreserven sind zwischen den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich verteilt. Vor gesetzgeberischen Maßnahmen zum Abschmelzen von vorhandenen Rücklagen müssen die Ursachen für die Ungleichverteilung eruiert und konkrete Maßnahmen zur Angleichung ergriffen werden.

In den Erläuterungen zum Gesetzgebungsvorhaben werden ab dem Jahr 2020 durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen über einen Zeitraum von drei Jahren jährlich Einsparungen von 0,5 bis 0,75 Milliarden Euro für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Aussicht gestellt. Dies ist angesichts der vom Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt für 2018 veranschlagten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von 236,15 Milliarden Euro⁷ ein eher symbolischer Betrag.

Die Vorhaben der Bundesregierung für die 19. Legislaturperiode im Bereich Gesundheit und Pflege werden deutlich höhere Leistungsausgaben verursachen. Die beiden neben dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz bereits in der Umsetzung befindlichen Gesetzgebungsvorhaben zeigen dies bereits eindrücklich auf.⁸ Aus Sicht des vzbv sollte der Gesetzgeber daher momentan auf Schritte zum Abbau der Rücklagen der Krankenkassen verzichten.

Die finanziellen Rücklagen der einzelnen Krankenkassen sind sehr unterschiedlich und einzelne Kassen haben zwar hohe Rücklagen, andere dafür aber keine. Vor einem Zugriff auf die Rücklagen braucht es daher eine fundierte wissenschaftliche Analyse der Ursachen für die offensichtliche Ungleichverteilung von Mitteln innerhalb der Kassenlandschaft. Der vzbv begrüßt daher ausdrücklich, dass vor dem Abbau von Finanzreserven, wie bereits im Koalitionsvertrag vorgesehen, aufbauend auf den Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes, der morbiditätsorientierte Risikoausgleich überprüft und mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt werden soll.⁹

Da Krankenkassen auch aus Sicht des vzbv keinesfalls die Funktion einer Sparkasse übernehmen sollten, können verpflichtende Vorgaben zur Höhe der Rücklagen in einem zweiten Schritt – wie im Gesetzentwurf frühestens ab 2020 vorgesehen – eine denkbare Option sein. Sie sollten den einzelnen Krankenkassen jedoch Spielräume zur Gestaltung gewähren.

Wie u.a. durch den Bundesrat in seiner Stellungnahme zum vorgelegten Gesetzentwurf angemerkt¹⁰, sind daneben weitere Maßnahmen notwendig – insbesondere die Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln. Dies wurde bereits in dem zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag vereinbart, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wurde dies jedoch nicht umgesetzt. Nur so ist eine langfristige und nachhaltige Gestaltung des Finanzierungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Verbraucher möglich.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass Krankenkassenwechsel aufgrund von Preisvorteilen überwiegend von jungen und gesunden Versicherten erfolgen.¹¹ Bei Krankheit,

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Pressemeldung vom 26.10.2017, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/4-quartal/festlegung-durchschnittlicher-zusatzbeitrag.html> (Abruf am 21.09.2018)

⁸ Vgl. u.a. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 26.09.2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/Kabinetttvorlage_Gesetzesentwurf_TSVG.pdf (Abruf am 28.09.2018)

⁹ Koalitionsvertrag 2018, Z 4771ff. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html> (Abruf am 21.09.2018)

¹⁰ Stellungnahme des Bundesrats zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 21.09.2018, <https://www.bundesrat.de/drs.html?id=375-18%28B%29> (Abgerufen am 28.09.2018)

¹¹ Vgl. u. a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Sondergutachten 2012“.

also im eigentlichen Versicherungsfall, fehlt es vielen Betroffenen an Zeit, Mut und Energie, um ihre Krankenkasse zu wechseln. In der Konsequenz verbleiben immer mehr „teure“ Versicherte in jenen Krankenversicherungen, die einen hohen kassenindividuellen Zusatzbeitrag verlangen. Um höhere Zusatzbeiträge zu vermeiden, bleibt den Krankenkassen nur, mit allen Mitteln ihre Ausgaben gering zu halten – häufig zu Lasten der Service- und insbesondere der Versorgungsqualität. Gesetzliche Krankenversicherungen mit besseren Leistungen, besonderen Satzungsleistungen oder insbesondere mit einer versichertenorientierten Vorgehensweise im Leistungsfall, laufen Gefahr, das Nachsehen zu haben. Aufgrund dieser Tatsache sieht der vzbv die in Abschnitt 2 ausgeführten Informationspflichten für Krankenkassen für ein funktionierendes Gesamtsystem als unerlässlich an.¹²

¹² Vgl. u. a. vzbv, Faktenblatt, Krankenkassen – mehr Qualitäts- statt Preiswettbewerb, November 2017, https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/11/07/17-11-07_vzbv_faktenblatt_gesetzliche_krankenversicherung.pdf (Abruf am 21.09.2018)

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versicher-
entlastungsgesetz (GKV-VEG) (BT-Drucksachen
19/4454 und 19/4552) sowie den Anträgen
BT-Drucksachen 19/102, 19/4244, 19/4320 und 19/4538

Dr. Martin Albrecht (IGES Institut GmbH)

Dr. Martin Albrecht
c/o IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
T +49 30 230 809 43
martin.albrecht@iges.com

Berlin, 8. Oktober 2018

www.iges.com

Im Vordergrund des Gesetzentwurfs stehen drei Maßnahmen, mit denen die Beitragsbelastung von GKV-Mitgliedern gesenkt werden soll. Darüber hinaus soll die Statistik über Beitragsschulden bereinigt und damit aussagekräftiger werden.

Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags

Zukünftig werden Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger die hälftige Zahlung der krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge übernehmen, welche die GKV-Mitglieder bislang vollständig selbst zu finanzieren hatten. Allein für die Gruppe der pflichtversicherten Beschäftigten und Rentenbezieher bedeutet dies (bezogen auf das Jahr 2017) eine Verringerung ihrer Beitragszahlungen um rd. 5,7 Mrd. € bzw. 3,8 %.

Die Vorteilhaftigkeit einer Wiederherstellung der vollständigen Parität bei den GKV-Beiträgen ist aus ökonomischer Perspektive primär von den Wirkungen auf den Arbeitsmarkt und den Wettbewerb in der GKV abhängig.

Für den Arbeitsmarkt fällt die Bewertung ambivalent aus: Einerseits ist vor allem für beschäftigungsintensive Dienstleistungsbereiche davon auszugehen, dass Arbeitgeber versuchen werden, die steigende Zahllast nicht selbst zu tragen, sondern – etwa in Form von Preiserhöhungen, Lohnkostendämpfung und Arbeitsplatzrationalisierungen – zu „überwälzen“. Andererseits erhöht eine verringerte Abgabenbelastung vor allem unter Geringverdienern Arbeitsanreize und wirkt Schwarzarbeit entgegen.

Letztlich verdeckt die Frage der paritätischen Beitragszahlung das grundlegende Problem, dass die Kopplung von Sozialversicherungsbeiträgen an die Erwerbseinkommen negative Arbeitsmarktwirkungen zur Folge hat – und zwar unabhängig davon, wie die Zahllasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verteilt sind. Ursache ist die wachsende Abgabenbelastung der Arbeitnehmerentgelte: So ist die Summe der GKV-Beiträge der Erwerbstätigen – infolge von Erhöhungen des Beitragssatzes und der Bemessungsgrenzen – innerhalb der letzten 10 Jahre um 9 Prozentpunkte stärker gestiegen als die der Arbeitnehmerentgelte.

Die Intensität des Zusatzbeitragswettbewerbs wird – nach Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und Beitragseinzug durch die Arbeitgeber – durch die paritätische Finanzierung tendenziell weiter gemindert. Man kann dies mit Dysfunktionalitäten des derzeitigen Beitragswettbewerbs begründen, leistet aber mit der Parität lediglich Symptombekämpfung. Sinnvoller wäre es in diesem Zusammenhang, die Spielräume für einen stärker versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb zu erweitern.

Ein größeres Interesse von Arbeitgebern an Kostendämpfung und geringen Zusatzbeiträgen ihrer Beschäftigten ist weniger effizienzfördernd als die freie Kassenwahl durch Versicherte, die sich neben der Beitragshöhe auch noch an Leistungs- und Qualitätsaspekten orientieren – auch wenn letztere unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen eine geringere Rolle spielen.

Absenkung der Mindestbeiträge für Selbstständige

Begründet werden die bisherigen Mindestbeiträge für hauptberuflich Selbstständige mit dem Ziel der Beitragsgerechtigkeit, weil Selbstständige über Spielräume verfügen, die Höhe ihrer beitragsrelevanten Einnahmen (gemäß Einkommensteuerrecht) zu bestimmen. Außerdem soll durch Mindestbeiträge vermieden werden, dass Selbstständige

mit geringen Einnahmen bevorzugt die gesetzliche, Selbstständige mit hohen Einnahmen bevorzugt die private Krankenversicherung wählen.

Beide Begründungen entsprechen nur noch sehr bedingt der Realität. Nach Auswertungen des IGES (2016) kommt knapp die Hälfte der gesetzlich versicherten Selbstständigen auf Bruttoeinkommen von weniger als 2.000 € monatlich. Durch die Mindestbeiträge ist die prozentuale Einkommensbelastung deutlich größer als für abhängig Beschäftigte und reicht von rd. 19 % bis zu über 40 % in den beiden unteren Einkommensquintilen. Damit dürften etwaige Gestaltungsspielräume bei der Bestimmung der Einkommenshöhe deutlich überkompensiert werden.

Bereits heute versichert die GKV nicht nur mehr Selbstständige als die PKV, sondern auch relativ mehr mit geringen Einnahmen: So liegt das Durchschnittseinkommen der gesetzlich versicherten Selbstständigen um rd. 44 % unter dem der privat versicherten. Mindestbeiträge sind somit offensichtlich kein geeignetes Instrument, hier eine grundlegende andere Aufteilung zwischen den beiden Versicherungssystemen zu erreichen – belasten aber Selbstständige mit geringen Einnahmen überproportional stark.

Eine Absenkung der Mindestbeiträge für hauptberuflich Selbstständige trägt diesen Umständen Rechnung. Gemäß dem Gesetzentwurf ist eine Halbierung vorgesehen (bei Nachweis von Einnahmen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze von ca. 343 € auf rd. 171 € monatlich), wodurch die heutigen Sonderregelungen für Existenzgründer und Härtefälle (derzeit rd. 228 € monatlicher Mindestbeitrag) entfallen könnten.

Mindestbeitragsbemessungsgrenzen sind ein nur wenig zielgerichtetes Instrument, um „Beitragsungerechtigkeiten“ infolge individueller Gestaltungsspielräume von Selbstständigen bei der Festsetzung des beitragsrelevanten Einkommens zu kompensieren. Aufgrund der unterschiedlichen Gerechtigkeitsprinzipien im Einkommenssteuer- und im GKV-Beitragssystem lassen sich solche Inkonsistenzen nicht vollständig vermeiden.

Grundsätzlich sollte sich die Beitragsbemessung für alle Mitglieder an der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientieren. Daher ist perspektivisch eine stärker am tatsächlichen Einkommen der Selbstständigen orientierte Beitragsbemessung, etwa innerhalb eines Einkommensbereich zwischen Geringfügigkeitsgrenze und regulärer Beitragsbemessungsgrenze, zu empfehlen.

Abschmelzen von Finanzreserven zur Beitragsentlastung

Ein systematischer Auf- und Ausbau von Finanzrücklagen, die über den Bedarf zum Ausgleich kurzfristiger Liquiditätsschwankungen hinausgehen, ist in einer nach dem Umlageverfahren und solidarisch finanzierten Krankenversicherung nicht ausreichend begründbar. Dies widerspricht dem Prinzip ausgabendeckender Beitragssätze. Verweise auf künftig zu erwartende konjunkturelle Eintrübungen oder wieder stärker steigende Ausgaben sind unspezifisch und würden in Konsequenz zu einer völlig willkürlichen Handhabung dieses Prinzips führen.

Auch die Argumentation, die GKV-Mitglieder wünschten kein „Beitragsjojo“, überzeugt nicht. Das Versicherungsprinzip, über Rückstellungen die Beitragsentwicklung im Zeitverlauf zu glätten, ist ein Wesensmerkmal der nach Art der Lebensversicherung kalkulierenden privaten Krankenversicherung – nicht der gesetzlichen. Gerade der (in der

PKV weit weniger existente) Bestandswettbewerb gründet in der GKV derzeit vor allem auf Veränderungen der kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Unabhängig davon gilt es, den Beitragswettbewerb durch mehr Gestaltungsspielräume für die Krankenkassen in der Versorgung „gehaltvoller“ zu machen. Das Halten von Rücklagen zur Beitragsdämpfung zielt aber eher in die entgegengesetzte Richtung.

Der Gesetzentwurf enthält zusätzlich Regelungen, um zu vermeiden, dass das Abschmelzen der Finanzreserven, die sich unter den Krankenkassen sehr unterschiedlich verteilen, zu Verwerfungen im Wettbewerb führt. Neben dem vorgesehenen stufenweisen Abbau über drei Jahre sowie den Ausnahmen für kleine Krankenkassen zählt hierzu vor allem eine vorangehende Reform des Risikostrukturausgleichs (wobei letzterer ein recht ambitionierter Zeitplan zugrunde liegt).

Bereinigung von Mitgliederbeständen und Beitragsschulden

Der kräftige Anstieg der Beitragsschulden seit dem Jahr 2013 wurde häufig als Indiz für die finanzielle Überforderung freiwilliger GKV-Mitglieder, insbesondere der Selbstständigen, gesehen. Tatsächlich dürfte ein großer Teil auf ungeklärte freiwillige Mitgliedschaften im Zusammenhang mit der obligatorischen Anschlussversicherung zurückzuführen sein. Insoweit es sich dabei um Personen handelt, die sich dauerhaft nicht mehr im SGB V-Geltungsbereich befinden, wäre ein wesentlicher Teil der Beitragsschulden fiktiv, zumal für sie der Höchstbeitrag angesetzt wird. Um aussagekräftige Daten darüber zu erhalten, in welchem Ausmaß Beitragsbelastungen zu finanziellen Überforderungen führen, aber auch im Hinblick auf das Forderungsmanagement der Krankenkassen ist eine entsprechende Bereinigung der Mitgliederbestände erforderlich. Darüber hinaus ist es konsequent, dass obligatorische Anschlussversicherungen künftig keine freiwilligen GKV-Mitgliedschaften mehr begründen, wenn sich für die Krankenkassen weder Wohnsitz noch Aufenthalt im SGB V-Geltungsbereich feststellen lassen.

Schließlich ist es richtig, dass Krankenkassen für solche ungeklärten passiven Mitgliedschaften, bei denen systematisch weder Beiträge geleistet noch Leistungen in Anspruch genommen werden, auch keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Insoweit Krankenkassen in der Vergangenheit ihre aus der bisherigen Gesetzes- und Regelungslage resultierenden Pflichten bei der Klärung freiwilliger Mitgliedschaften im Zuge der obligatorischen Anschlussversicherung verletzt haben sollten, ist auch eine rückwirkende Korrektur von Zuweisungen begründet.



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(19)
gel. ESV zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
8.10.2018

Universität Duisburg-Essen · 45117 Essen

Alfried Krupp von Bohlen
Halbach-Stiftungslehrstuhl
für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Stellungnahme anlässlich der Anhörung als Einzelsachverständiger zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG)

Mit dieser Stellungnahme wird zum Themenkomplex „Rücklagen der Krankenkassen“ Stellung genommen.

Mit der Änderung von § 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird die Obergrenze der Rücklagen der Krankenkassen auf eine Monatsausgabe begrenzt. Diese Regelung erscheint sachgerecht. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist seit 2009 eine neue Risikoverteilung in der Finanzarchitektur der GKV eingeführt worden: Während die Krankenkassen nach wie vor im laufenden Jahr das Ausgabenrisiko tragen, ist das Einnahmenrisiko auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Das den Krankenkassen insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen in Gestalt der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird ihnen ex ante zugesagt, etwaige Einnahmenausfälle durch z.B. konjunkturelle Einbrüche ändern nichts an der Höhe des Zuweisungsvolumens. Daher erscheint es gerechtfertigt, im Vergleich zur Situation vor Einführung des Gesundheitsfonds die Obergrenze für die Rücklagen abzusenken, da die Krankenkassen keine Rücklagen mehr für einnahmenseitige Risiken bilden müssen.

Mit der Änderung von § 242 Abs. 1 SGB V wird eine Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeschlossen, sofern die Rücklage einer Krankenkasse die Obergrenze überschreitet. Auch diese Regelung erscheint sachgerecht. Es kann einer Krankenkasse zugemutet werden, dass sie notwendige zusätzliche Mittel zur Finanzierung ihrer Ausgaben anstelle einer Erhöhung des Zusatzbeitrags aus den oberhalb der Obergrenze liegenden Rücklagen bestreitet. Dies erscheint auch gegenüber den Beitragszahlern angemessen.

Demgegenüber begegnet die vorgesehene Einfügung von § 260 Abs. 2a SGB V trotz der gegenüber dem Referentenentwurf des Gesetzes zusätzlich vorgesehenen Maßgabe des § 260 Abs. 5 SGB V, mit der Absenkungen der Zusatzbeiträge bei Rücklagen oberhalb der Obergrenze vorgeschrieben werden, erheblichen Bedenken. Die Regelung provoziert unnötigerweise erhebliche Risiken der Destabilisierung des Krankenkassensystems. Sie sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Diese Regelung müßte bei vielen Krankenkassen, die mittlerweile erheblich über der neuen Obergrenze liegende Finanzreserven angehäuft haben (in Extremfällen bis zum Dreifachen einer Monatsausgabe) zu erheblichen Absenkungen der Zusatzbeitragssätze führen. Nach allen Erfahrungen werden auf deutliche Absenkungen von Zusatzbeiträgen, die vermutlich von einem erheblichen Medienecho begleitet werden, sehr viele Versicherte durch Kassenwechsel zu diesen Kassen reagieren. Kassenwechsler, die auf Beitragssatzsignale reagieren, sind – dazu gibt es eine gefestigte Empirie – weit überwiegend sog. „gute Risiken“, das heißt, die Krankenkassen erhalten für diese Versicherten höhere Zuweisungen als die Versicherten Ausgaben verursachen (was daran liegt, dass der Morbi-RSA noch erhebliche Überzahlungen für Gesunde zulässt). Die wechselnden Versicherten verursachen daher bei der Krankenkasse, von der sie kommen, eine Verschlechterung der Finanzsituation, da sie dort zu einem höheren Verlust an Zuweisungsvolumen führen als sie an Ausgaben einsparen. Häufig werden die wechselnden Versicherten aber von Krankenkassen mit ohnehin überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen und einer sehr knappen Finanzdecke kommen. Im Ergebnis werden diese Krankenkassen ihre Zusatzbeiträge erhöhen müssen. Dies wird im Ergebnis dazu führen, dass weitere größere Gruppen von Versicherten angereizt werden, eine solche Krankenkasse zu verlassen, wodurch sich ihre Finanzsituation weiter verschlechtert. Es wird daher eine kumulative, in einigen Fällen dramatische und jedenfalls von der jeweiligen Krankenkasse nicht beeinflussbare Abwärtsspirale ausgelöst.

Wie oben bereits erwähnt, ist gegenüber dem Referentenentwurf des GKV-VEG im Regierungsentwurf die Regelung des § 260 Abs. 5 SGB V neu aufgenommen

worden. Danach ist die Verpflichtung, die Obergrenze übersteigende Rücklagen durch Absenkung von Zusatzbeiträgen auszukehren, ab 01.01.2020 und nur dann anzuwenden, wenn der RSA bis zum 31.12.2019 gesetzlich fortentwickelt wurde; die Fortentwicklung wiederum soll nach dem neu eingefügten § 268 Abs. 5 SGB V unter Berücksichtigung der beiden Gutachten (Sondergutachten, Regionalgutachten) des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA erfolgen. Die dahinter stehende Überlegung erscheint grundsätzlich verständlich. Allerdings ist die Regelung aus zweierlei Gründen ungeeignet: Zum einen wird die RSA-Reform voraussichtlich nicht geeignet sein, Finanzvolumina in einer Größenordnung neu zu verteilen, dass die Rücklagen bei bestimmten Krankenkassen in erheblichem Umfang abgeschmolzen werden. Zum anderen wird eine bis 31.12.2019 vorgenommene gesetzliche Fortentwicklung des RSA zum Jahresbeginn 2020 noch keinesfalls finanzwirksam geworden sein. Die zuvor beschriebene destabilisierende Dynamik wird daher gleichwohl eintreten. Daher ist die Regelung des § 260 Abs. 2a SGB V zu streichen.

Essen, den 27. September 2018



Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem



Gemeinsame Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz / GKV-VEG) vom 24.09.2018

Wir nehmen in dieser gemeinsamen Stellungnahme von 16 Berufs- und Selbstständigenverbänden zunächst generell zum Gesetzesentwurf Stellung, insoweit er die Verbeitragung von Selbstständigen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung betrifft. Anschließend machen wir zwei pragmatische Vorschläge, die unseres Erachtens unbedingt noch im laufenden Gesetzesvorhaben adressiert werden sollten.

Bewertung des Gesetzesentwurfes und weiterer Änderungsbedarf

Die Senkung der Mindestbemessungsgröße für Selbstständige auf 1.142 Euro ist ein Schritt in die richtige Richtung, hin zu einer einkommensabhängigen Beitragsbemessung, den wir ausdrücklich begrüßen. Er ist aber zu kurz geraten.

Das kann man am besten am Beispiel von Teilzeit-Selbstständigem mit niedrigerem Einkommen verdeutlichen: Sie müssen bei Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze von 435 Euro/Monat auch weiterhin bis zu 41% nur für die Kranken- und Pflegeversicherung bezahlen, mit Rentenversicherung sind das rund 60% ihres Einkommens. Das führt dazu, dass sie an Krankentagegeld, Arbeitslosenversicherung und wo es möglich ist an der Altersvorsorgepflicht und damit an ihrer anderweitigen sozialen Sicherung sparen müssen.

Vier von fünf Betroffenen sind Frauen, meist in der Familienphase, denen eine qualifizierte Erwerbstätigkeit häufig nur im Rahmen einer nebenberuflichen Selbstständigkeit möglich ist. Sie sind aufgrund der überproportionalen Beiträge faktisch gezwungen, mit ihrem Verdienst unter 435 Euro zu bleiben. Dabei würden 80% von ihnen gerne mehr arbeiten. Diese Möglichkeit wird ihnen trotz Fachkräftemangel verwehrt.

Das ist ein schlechtes Geschäft auch für Staat und Sozialversicherung: Bei durchgängig einkommensabhängiger Verbeitragung würden allein Kranken- und Pflegeversicherung 820 Mio. Euro mehr Beiträge einnehmen, Rentenversicherung und Fiskus nicht mitgerechnet ([IfG-Studie 2017](#)).

Die Lösung sehen wir nicht – wie von einigen Seiten gefordert – in einer Ausweitung des Prinzips der Künstlersozialkasse auf alle Selbstständigen. Vielmehr sind wir bereit, so viel Beiträge zu bezahlen wie Arbeitgeber UND Arbeitnehmer zusammen. Momentan zahlen wir aber deutlich mehr.

Unsere Forderungen zielen darauf, gemessen an diesem Maßstab faire und wettbewerbsgerechte Beiträge für Selbstständige zu schaffen:

1. Die Mindestbemessungsgröße muss auf 450 Euro vereinheitlicht und die Beiträge somit einkommensgerecht gestaltet werden, damit sie auch für Teilzeit-Selbstständige erschwinglich sind und Einstiegshürden sowie das Aufhäufen von Beitragsschulden vermieden werden.
2. Die bei Angestellten beitragsfreien Mieteinnahmen, Zinsen und Dividenden müssen auch bei Selbstständigen beitragsfrei bleiben.
3. Das gilt auch für den Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung. Er ist bei Angestellten beitragsfrei, bei Selbstständigen nicht. Das führt zu Sozialversicherungsbeiträgen, die auch bei Selbstständigen mit mittlerem Einkommen (bis ca. 5.000 Euro/Monat) systematisch 20% höher sind als die von Angestellten UND Arbeitgebern zusammen.
4. Im Koalitionsvertrag hat man einen weiteren Ausbau der Gleitzone-Regelung zwischen 450 und 1.300 Euro vereinbart, um den Einstieg in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu vereinfachen. Es ist nötig, diese Logik endlich auch auf Selbstständige zu übertragen, statt bei ihnen sehr viel höhere Einstiegshürden beizubehalten.
5. Die zum 1.1.18 eingeführte vorläufige Bemessung von Beiträgen sehen wir ebenfalls kritisch. Sie führt in Verbindung mit den hohen Mindestbeiträgen zu unkalkulierbaren Beitragssprüngen und wird viele Selbstständige in die Insolvenz treiben. Sie sollte zurückgenommen oder in ein Wahlrecht umgewandelt werden.

Für äußerst fragwürdig halten wir die Begründung des Gesetzes, die betroffenen Selbstständigen würden über größere Gestaltungsmöglichkeiten als Angestellte bei den Betriebsausgaben verfügen und die Mindestbemessungsgrenzen dienen der Beitragsgerechtigkeit. Die betroffenen Selbstständigen mit weniger als 1.142 Euro Gewinn verfügen in aller Regel gar nicht über den finanziellen Spielraum für Gestaltungen und haben meist auch keinen Steuerberater.

Auch das immer wieder zu hörende Argument, nachhaltig wirtschaftende "hauptberuflich Selbstständige" müssten mindestens ca. 1.530 Euro pro Monat verdienen (was bei 40 Wochenstunden dem Mindestlohn von 8,83 Euro/Stunde entspricht) wird den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht: Der Begriff des "hauptberuflich Selbstständigen" ist irreführend, denn die große Mehrzahl der von der Sozialversicherung so kategorisierten Selbstständigen sind Teilzeit-Selbstständige, die z.B. aufgrund von Familienarbeit oder Pflege deutlich unter 40 Stunden/Woche arbeiten.

Pragmatische Vorschläge zum Gesetzesentwurf unter Berücksichtigung der Vorgaben durch den Koalitionsvertrag:

1. Da die finanzielle Leistungsfähigkeit auch bei Selbstständigen vom Einkommen und nicht von einer relativ willkürlichen Einordnung als "hauptberuflich" und "nebenberuflich" abhängt und die entsprechenden Mindestbemessungsgrenzen sich zudem nach der geplanten Änderung nur noch geringfügig unterscheiden (1.142 vs. 1.015 Euro, was ca. 23 Euro Beitragsunterschied entspricht) sollte diese Unterscheidung aufgehoben und die Beitragsbemessungsgrenze im Rahmen des laufenden Gesetzesvorhabens bei 1.015 Euro (30/90 der Bezugsgröße) vereinheitlicht werden.

Das erspart den Krankenkassen die aufwändige Überprüfung, ob eine "haupt-" oder "nebenberufliche" Selbstständigkeit vorliegt. Außerdem könnte so der Missstand beseitigt werden, dass für im Sinne der Sozialversicherung "nebenberuflich" Selbstständige trotz ihrer überproportionalen Beiträge bisher im Fall einer Schwangerschaft oder längerer Krankheit kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld bzw. Krankengeld besteht.

2. Ein u.E. besonders empörender Missstand, der in diesem Zusammenhang unbedingt kurzfristig gelöst werden sollte ist, dass "hauptberuflich" Selbstständige, die unterhalb der Mindestbemessungsgröße verdienen und bei längerer Krankheit dann Krankengeld auf Basis des niedrigeren tatsächlichen Verdienstes erhalten, auch während der Krankheit weiterhin Beiträge auf die – ja gar nie verdiente – Differenz zwischen Mindestbemessungsgröße und tatsächlichem Verdienst abgezogen bekommen.

Fazit / Ausblick

Die auch nach diesen Schritten weiterhin bestehende erhebliche Mehrbelastung der Selbstständigen bei der Kranken- und Pflegeversicherung (gegenüber der Summe aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen) geht zulasten der Altersvorsorge von Selbstständiger mit bis zu ca. 5.000 Euro Monatseinkommen.

Die für Jahresanfang 2020/21 geplante Einführung einer Altersvorsorgepflicht kann aber nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn man Selbstständigen mit kleinem und mittlerem Einkommen einkommensgerechte Krankenversicherungsbeiträge ermöglicht. Ansonsten kommt es bei diesen aufgrund der überhöhten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu einer finanziellen Belastung mit Abgaben und Steuern von teilweise deutlich über 60 Prozent. Dies widerspricht den Grundprinzipien der sozialen Marktwirtschaft und hätte auch negative volkswirtschaftliche und fiskalische Konsequenzen, weil ein erheblicher Teil der heute Selbstständigen ihre bestehende Erwerbstätigkeit nach Einführung der Altersvorsorgepflicht beenden müsste.

Deshalb ist der vorliegende Referentenentwurf ein erster, aber unzureichender Schritt, dem noch in dieser Legislaturperiode dringend weitere folgen müssen.

München, den 28.09.2018

Über die Verbände:

Im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbstständigenverbände (bagsv) arbeiten 24 Berufs-/Selbstständigenverbände und -initiativen zusammen. Sie haben gut 100.000 Mitglieder und spiegeln eine große Bandbreite an Branchen und Einkommenshöhen wider. Dr. Andreas Lutz (VGSD) und Victoria Ringleb (AGD) sind Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft.

Die folgenden in der bagsv aktiven Verbände tragen diese Stellungnahme ausdrücklich mit:

1. Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e.V. (VGSD)
2. Allianz deutscher Designer e.V. (AGD)
3. Arbeitgebervereinigung für Unternehmen aus dem Bereich EDV und Kommunikationstechnologie e.V. (AGEV)
4. Bundesverband der Bilanzbuchhalter und Controller e.V. (BVBC)
5. Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ)
6. Bundesverband der freien Musikschulen (bdfm)
7. Bundesverband der Honorarärzte e.V. (BV-H)
8. Bundesverband deutscher Stuntleute e.V. (BvS)
9. Bundesverband Filmschnitt Editor e.V.
10. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)
11. Deutscher Crowdsourcing Verband e.V. (DCV)
12. Fachverband der Berufsübersetzer und Berufsdolmetscher e.V. (ATICOM)
13. Interessengemeinschaft der selbständigen DienstleisterInnen in der Veranstaltungswirtschaft e.V. (ISDV)
14. IT-Projektgenossenschaft eG
15. Verband der freien Lektorinnen und Lektoren e.V. (VFL)
16. Verband Deutscher Tonmeister e.V. (vdt)

Ansprechpartner zur Stellungnahme:

Dr. Andreas Lutz, lutz@vgsd.de
Vorstandsvorsitzender VGSD und Sprecher bagsv

Ralf Lemster, lemster@bdue.de
Vizepräsident BDÜ

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0034(21)

gel. ESV zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
8.10.2018

Universitätsprofessor Dr. Helge Sodan

Direktor des Deutschen Instituts für
Gesundheitsrecht (DIGR)
Binger Straße 64
14197 Berlin
Telefon: (030) 83 22 50 55
Telefax: (030) 89 73 18 60
E-Mail: sodan@digr.de
Homepage: www.digr.de

Freie Universität Berlin
Fachbereich Rechtswissenschaft
Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht,
Öffentliches Wirtschaftsrecht, Sozialrecht
Van't-Hoff-Str. 8
14195 Berlin
Telefon: (030) 838-53972, -53973
E-Mail: helge.sodan@fu-berlin.de

Berlin, am 6. Oktober 2018

Schriftliche Stellungnahme

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)
[BT-Drucks. 19/4454]

A. Einführung

Der Entwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes zielt auf eine finanzielle Entlastung der Versicherten sowie eine Reduzierung von Beitragsschulden. Hiermit verbunden ist ein Maßnahmenpaket vorgesehen, mit dem umfangreiche Änderungen des Beitragsrechts angestrebt werden.¹

Im Rahmen dieser Stellungnahme werden zwei Maßnahmen auf ihre Vereinbarkeit mit der Verfassung überprüft. Dies betrifft zum einen die rückwirkende Auflösung sogenannter „passiver“ Mitgliedschaften (freiwillig) Versicherter nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V-Reg-E sowie die Möglichkeit zur Rückforderung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 323 Abs. 4 Satz 1 SGB V-RegE, zum anderen die Absenkung der finanziellen Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 260 SGB V-Reg-E. Eine Untersuchung der vorgesehenen Regelungen zeigt, dass diese in verfassungsrechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden sind.

¹ Zusammenfassend BT-Drucks. 19/4454, S. 19 ff.

B. Rückwirkende Bereinigung der Mitgliederstämme und Rückgewähr von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V-RegE soll die Krankenkassen die Pflicht treffen, ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum Tag des Inkrafttretens des Gesetzes² auf sogenannte „passive Mitgliedschaften“ zu überprüfen und den Mitgliederbestand bis zum 15. Juni 2019 zu bereinigen. Unter „passiven Mitgliedschaften“ sind solche Mitgliedschaften zu verstehen, die zwar formell bestehen, bei denen die Mitglieder aber weder der Zahlung von Beiträgen nachkommen noch Leistungen in Anspruch nehmen. Ausweislich des § 323 Abs. 2 SGB V-RegE bezieht sich diese Pflicht ausschließlich auf Mitgliedschaften, die durch § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V begründet wurden. Der Gesetzgeber erkennt offenbar in dieser Norm eine wesentliche Ursache für die Entstehung von Scheinmitgliedschaften, indem durch die Regelung Versicherte, deren Pflichtversicherung endet, obligatorisch in die freiwillige Versicherung überführt³ werden. Während für den obligatorischen Eintritt in die freiwillige Mitgliedschaft keine Mitwirkungshandlung des Versicherten erforderlich ist, tritt die freiwillige Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 Halbs. 2 SGB V nur dann nicht ein, wenn der Versicherte aus der Krankenkasse austritt.

Gerade bei Verzug ins Ausland außerhalb des nach § 30 Abs. 1 SGB I festgeschriebenen Geltungsbereichs des deutschen Sozialrechts ohne Meldung an die Krankenkassen kann es zu „passiven Mitgliedschaften“ kommen. Deren Bereinigung, wie sie § 323 Abs. 1 und 2 SGB V-RegE vorsehen, ist zu begrüßen und im Übrigen verfassungsrechtlich unbedenklich. Insbesondere werden Grundrechte dieser Scheinmitglieder nicht verletzt, weil davon auszugehen ist, dass bei Verzug ins Ausland ein Krankenversicherungsschutz in Deutschland nicht mehr benötigt bzw. gewollt wird. Für die Krankenkassen hat die Bereinigung der Mitgliederkartei den Vorteil, dass Beitragsschulden der „passiven Mitglieder“, die ohnehin kaum realistisch beizutreiben wären, entfallen und somit unnötige Bürokratie vermieden wird.

Allerdings hat die rückwirkende Bereinigung der Mitgliederbestände über mehrere Jahre unmittelbare Auswirkungen auf die Zuweisungen, welche die Krankenkassen im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Damit Zuweisungen, die aufgrund solcher Mitgliedschaften erfolgt sind, bei denen effektiv kein Versicherungsverhältnis vollzogen wurde, nicht bei den Krankenkassen verbleiben, sieht § 323 Abs. 4 Satz 1 SGB V-RegE vor, dass der Bereinigungsbetrag für den korrigierten Jahresausgleich durch Bescheid gegenüber der jeweiligen Kran-

² Die hier gegenständliche Regelung tritt nach Art. 13 Abs. 1 des Entwurfs am Tag nach Verkündung des Gesetzes in Kraft.

³ Zum Umfang des § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V K. Peters, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Loseblattsammlung, § 188 SGB V Rn. 9 (Stand der Kommentierung: Juni 2018).

kenkasse vom Bundesversicherungsamt festgesetzt wird. Dies hat zur Folge, dass die Krankenkasse überschüssige Zuweisungen für Scheinmitgliedschaften aus dem Gesundheitsfonds zurückgewähren muss. Diese fließen wiederum nach § 323 Abs. 4 Satz 3 SGB V-RegE an den Gesundheitsfonds zurück.

Auch wenn keine belastbaren Zahlen vorliegen, wie viele Scheinmitgliedschaften durch die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V entstanden sind, kann angesichts des langen Zeitraums, für den die Krankenkassen rückwirkend in Anspruch genommen werden sollen, von erheblichen Belastungen für die Krankenkassen ausgegangen werden. Vor dem Hintergrund rechtsstaatlichen Vertrauensschutzes könnte dies problematisch sein.

I. Rechtsstaatlicher Vertrauensschutz

Das Rechtsstaatsprinzip beinhaltet als wesentliches Teilelement das verfassungsrechtliche Gebot der Rechtssicherheit, die vor allem Klarheit sowie Beständigkeit staatlicher Entscheidungen gebietet und in vielfältigen Ausprägungen in Erscheinung tritt.⁴ Zu dem Gebot der Rechtssicherheit gehört insbesondere, dass sich Normbetroffene auf den Bestand einer Rechtsnorm verlassen können.⁵ Rechtssicherheit und Vertrauensschutz werden dabei durch das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot gewährleistet.⁶

Im Ausgangspunkt sind bei der Rückwirkung zwei verschiedene Fallgruppen zu unterscheiden: Der *Erste Senat* des Bundesverfassungsgerichts differenziert terminologisch zwischen echter und unechter Rückwirkung. Echte Rückwirkung liegt vor, wenn eine Norm nachträglich ändernd in abgewinkelte, der Vergangenheit angehörende Tatbestände eingreift. Von unechter Rückwirkung wird dagegen gesprochen, wenn eine Norm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt und damit zugleich die betroffene Rechtsposition nachträglich entwertet.⁷ Der *Zweite Senat* des Bundesverfassungsgerichts unterscheidet dagegen zunächst die Rückbewirkung von Rechtsfolgen von der tatbestandlichen Rückanknüpfung. Eine Rückbewirkung von Rechtsfolgen ist dadurch gekennzeichnet, dass die Rechtsfolgen einer Norm schon für einen vor ihrer Verkündung liegenden Zeitraum gelten. Tatbestandliche Rückanknüpfung betrifft dagegen den sachlichen Anwendungsbereich einer Norm und liegt vor, wenn die Rechtsfolgen eines Gesetzes erst nach Verkündung der Norm eintreten, ihr Tatbestand aber Sachverhalte erfasst, die bereits vor der Verkündung ins Werk

⁴ H. Sodan/J. Ziekow, Grundkurs Öffentliches Recht, 8. Aufl. 2018, § 7 Rn. 33 f.

⁵ W. G. Leisner, in: Sodan (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 20 Rn. 58.

⁶ W. G. Leisner, in: Sodan (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 20 Rn. 59 m. w. N.

⁷ Siehe etwa BVerfGE 11, 139 (145 f.); 25, 142 (154); 101, 239 (263f.); 122, 374 (394); 127, 1 (16 f.); 127, 31 (47); 132, 302 (318).

gesetzt wurden.⁸ Mittlerweile hat auch der Zweite Senat die Terminologie des Ersten Senats übernommen, indem er den Begriff *echte Rückwirkung* mit der Rückbewirkung von Rechtsfolgen und den Begriff der *unechten Rückwirkung* mit der tatbestandlichen Rückanknüpfung nunmehr inhaltlich gleichsetzt.⁹

1. Schwierigkeit einer genauen Einordnung der Rückwirkung

Die Feststellung, ob eine echte oder unechte Rückwirkung vorliegt, muss mithin durch Vergleich des zeitlichen Rechtsfolgenbeginns und des Termins des Inkrafttretens der Rechtsnorm ermittelt werden.¹⁰ Gleichwohl können sich bei der Abgrenzung von echter und unechter Rückwirkung im Einzelfall erhebliche Schwierigkeiten ergeben.¹¹ So fällt es auch im vorliegenden Fall schwer, eine klare Einordnung vorzunehmen.

Die in § 323 Abs. 4 Satz 1 SGB V-RegE vorgesehene Regelung überträgt dem Bundesversicherungsamt die Kompetenz, für bereits abgewickelte Ausgleichsjahre per Bescheid die Rückzahlungspflicht von Zuweisungen aus dem Morbi-RSA an den Gesundheitsfonds festzusetzen. Letztlich werden die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA nicht infrage gestellt; vielmehr erfolgt ausschließlich für die Zuweisungen aufgrund der Scheinmitglieder eine nachträgliche Korrektur. Mit dieser Begründung ließe sich vertreten, dass ein abgeschlossener Sachverhalt nachträglich nicht geändert, sondern eine an sich nicht in Frage gestellte Rechtsposition nachträglich entwertet wird. Dies spräche für eine *unechte* Rückwirkung.

Demgegenüber handelte es sich um eine *echte* Rückwirkung, wenn berücksichtigt wird, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (vgl. § 266 Abs. 1 SGB V) durch begünstigende Verwaltungsakte gegenüber den Krankenkassen erfolgen¹² und diese mittlerweile bestandskräftig gewordenen Bescheide und somit abgeschlossenen Sachverhalte nachträglich abgeändert werden.

2. Keine schutzwürdigen Interessen der Krankenkassen

Ob eine echte oder unechte Rückwirkung vorliegt, bedarf vorliegend jedoch keiner Entscheidung, weil das Prüfergebnis der Rechtfertigung in beiden Fällen gleich wäre. Im

⁸ Siehe BVerfGE 72, 200 (241f., 253 ff.); 78, 249 (283 f.); 109, 133 (181 f.); BVerfG (Kammerbeschl.), NJW 2006, 3483 (3484).

⁹ Vgl. BVerfGE 127, 31 (48); 131, 20 (36 f.); 141, 56 (73).

¹⁰ H. Sodan/J. Ziekow, Grundkurs Öffentliches Recht, 8. Aufl. 2018, § 7 Rn. 55.

¹¹ B. Grzeszick, in: Maunz/Dürig (Begr.), Grundgesetz, Kommentar, Loseblattsammlung, Art. 20 (allgemeine Rechtsstaatlichkeit) Rn. 77 (Stand der Kommentierung: April 2018).

¹² Siehe hierzu auch W. Böttiger, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattsammlung, § 266 SGB V Rn. 25 m. w. N. (Stand der Kommentierung: März 2018).

Falle der echten Rückwirkung gilt, dass diese grundsätzlich unzulässig ist, ausnahmsweise aber gerechtfertigt werden kann. Dagegen liegt es bei unechter Rückwirkung genau umgekehrt, d. h. diese ist grundsätzlich erlaubt, kann ausnahmsweise aber unzulässig sein. Ob im konkreten Fall die Regel oder die Ausnahme gilt, ergibt sich letztlich aus einer Interessenabwägung.¹³

Auch eine echte Rückwirkung kann zulässig sein, wenn nicht auf den Fortbestand der alten Rechtslage vertraut werden durfte, sich eine Norm nachträglich als rechtswidrig erweist, die Rechtslage unklar und verworren war, ein Bagatellfall vorliegt oder überragende Gründe des Gemeinwohls den Vertrauensschutz des Betroffenen verdrängen.¹⁴ Fehlt es also an schutzwürdigem Vertrauen des Normbetroffenen, kann mithin auch die echte Rückwirkung verfassungskonform sein.

Ein schutzwürdiges Vertrauen zugunsten der Krankenkassen kommt im Hinblick auf die drohende Inanspruchnahme durch das Bundesversicherungsamt für zurückliegende Zuweisungen nach keiner denkbaren Sichtweise in Betracht.

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass Vertrauensschutz von vornherein nicht beansprucht werden kann, wenn die Positionen, an welche die unechte Rückwirkung anknüpft, unredlich erlangt wurden.¹⁵ Dies kann vorliegend zwar nicht behauptet werden, da § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V die Überleitung der Mitglieder in die freiwillige Versicherung obligatorisch anordnet. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, aufgrund der gesetzlichen Anordnung des § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V, die unter den Tatbestand fallenden Personen als Mitglieder führen zu müssen¹⁶, ergebe sich ein schutzwürdiges Vertrauen auf das Behaltendürfen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.¹⁷

Gleichwohl hätte die Geltendmachung von Vertrauensschutz bezogen auf die Regelung in § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V nahezu rechtsmissbräuchliche Züge. Wenn ein Mitglied den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts verlässt, keine Leistungen mehr beansprucht und keine Beiträge entrichtet, kann offenkundig davon ausgegangen werden, dass das Mitglied keinen Versicherungsschutz mehr in Deutschland benötigt oder wünscht. Für die jeweilige Krankenkasse ist dies ohne weiteres feststellbar. Denn solche Mitglieder unter-

¹³ H. Sodan/J. Ziekow, Grundkurs Öffentliches Recht, 8. Aufl. 2018, § 7 Rn. 54.

¹⁴ Ausführlich hierzu H. Schulze-Fielitz, in: Dreier (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, Bd. II, 3. Aufl. 2015, Art. 20 (Rechtsstaat) Rn. 159 ff. Zur Durchbrechung des Rückwirkungsverbot auf Grund fehlenden Vertrauensschutzes im Falle echter Rückwirkung auch BVerfGE 72, 200 (258).

¹⁵ Vgl. BVerfGE 72, 200 (260); 101, 239 (266).

¹⁶ Im Übrigen soll nach Art. 1 Nr. 4 lit. a) aa) des Gesetzesentwurfs ein neuer § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V geschaffen werden, der bei Vorliegen der dort genannten Indizien für das Vorliegen einer Scheinmitgliedschaft das Aufflammen der obligatorischen freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V hemmt, sodass sich dieses Argument in Zukunft ohnehin erübrigen sollte.

¹⁷ Siehe zu diesem Einwand aber die schriftliche Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, Ausschussdrucks. 19(14)0034(1), S. 20.

scheiden sich von üblichen Mitgliedern mit offenen Beitragsforderungen bereits dadurch, dass *keinerlei* Leistungen in Anspruch genommen werden. Jedenfalls der Umstand, dass nicht (mehr) feststellbar ist, ob sich das Mitglied im Geltungsbereich des hiesigen Sozialrechts befindet, dürfte für die Krankenkasse ein eindeutiges Anzeichen dafür sein, dass ein Versicherungsverhältnis nur noch zum Schein besteht.

Die Annahme, Krankenkassen seien sich nicht bewusst, dass es sich bei Vorliegen der genannten Indizien um Scheinmitglieder handelt, erscheint unrealistisch und praxisfern. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Krankenkassen überprüfen, weshalb sie von einem Mitglied keine Beitragszahlungen erhalten. In diesem Zusammenhang spielt auch die Ermittlung des Wohnsitzes des Mitglieds zwecks Eintreibung der Beiträge eine entscheidende Rolle. Gerade dann, wenn es nicht gelingt, festzustellen, ob ein Mitglied seinen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat und sich damit noch im Geltungsbereich des hiesigen Sozialrechts aufhält, dürfte es für eine Krankenkasse einfach sein, eine Scheinmitgliedschaft auszumachen.

Eine Berufung auf Vertrauensschutz infolge der bloßen Publizität der Mitgliederkartei und ohne Berücksichtigung der klaren Anzeichen für eine Scheinmitgliedschaft kann daher unter keinen Umständen überzeugen. Vielmehr würde es sich bei der Berufung auf Vertrauensschutz in nahezu sicherem Wissen, dass es sich bei den Mitgliedern, für die Zuweisungen erhalten wurden, um Scheinmitglieder handelt, um ein grob treuwidriges Verhalten handeln.

Ergänzend ist festzustellen, dass sich auch aus Grundrechten, in denen implizit Vertrauensschutzelemente verankert sind und die als *leges speciales* gegenüber dem allgemeinen, im Rechtsstaatsprinzip wurzelnden Vertrauensschutz herangezogen werden können¹⁸, kein Vertrauensschutz zugunsten der Krankenkassen ableiten lässt. Gesetzliche Krankenkassen können sich nämlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht auf Grundrechte berufen.¹⁹

Im Ergebnis ist also folgendes festzuhalten: Billigte man Krankenkassen Vertrauensschutz im Hinblick auf ein Behaltendürfen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu, würde dies das grob treuwidrige Verhalten einzelner Krankenkassen letztlich legitimieren. Aspekte des Vertrauensschutzes lassen sich hier in keiner Weise anführen. Sollte es sich also um eine *echte* Rückwirkung handeln, wäre diese ausnahmsweise zu rechtfertigen. Läge eine *unechte* Rückwirkung vor, würde dieses Ergebnis erst Recht gelten.

¹⁸ So etwa *H. Schulze-Fielitz*, in: Dreier (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, Bd. II, 3. Aufl., 2015, Art. 20 (Rechtsstaat) Rn. 167.

¹⁹ BVerfGE 39, 302 (312 ff.); 113, 167 (227); BVerfG (Kammerbeschl.), NVwZ 2005, 572 ff.; NVwZ-RR 2009, 361 f.

Vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbot ist die in § 323 SGB V-RegE vorgesehene Regelung daher nicht zu beanstanden.

3. Umgehung der Voraussetzungen der §§ 44 ff. SGB X

Es wäre immerhin zu erwägen, ob die Vorschrift des § 323 SGB V-RegE entbehrlich ist, weil die Rückforderung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auch mit den Regelungen zu Rücknahme und Widerruf von sozialrechtlichen Verwaltungsakten nach den §§ 44 ff. SGB X erreicht werden könnte. Die §§ 44 ff. SGB X enthalten dabei gesonderte Anforderungen an den Vertrauensschutz.

Wie bereits dargelegt wurde, können Aspekte des Vertrauensschutzes zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen in dem hier gelagerten Fall jedoch nicht durchgreifen. Es ist daher eine gesonderte Regelung geboten, die den vorliegenden Umständen Rechnung trägt und ihrer Funktion nachträglicher Bereinigung einer unsicheren Rechtslage gerecht wird. Die unkomplizierte Rückführung von Zuweisungen an den Gesundheitsfonds hat dabei die Funktion einer nachträglichen Korrektur unbegründet erfolgter Zuweisungen.

II. Mögliche Erweiterungen der Meldepflicht nach § 323 Abs. 3 SGB V-RegE

Die Regelung sollte allerdings um einige Klarstellungen erweitert werden. In seiner schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung erläutert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dass sich die Meldepflicht der Krankenkassen aus § 323 Abs. 3 SGB V-RegE systematisch nur auf § 323 Abs. 1 und 2 SGB V-RegE beziehen kann. Sofern dieses systematische Verständnis der Norm zutrifft, hätte dies in der Tat zur Folge, dass vor Inkrafttreten des § 323 SGB V-RegE mangels Datenübermittlung auch eine Inanspruchnahme hinsichtlich überzahlter Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 323 Abs. 4 Satz 1 SGB V-RegE nicht erfolgen könnte.²⁰ Der Auffassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann dahingehend gefolgt werden, die Meldepflicht der Krankenkassen nach § 323 Abs. 3 SGB V-RegE zur Klarstellung in einer Weise zu konkretisieren, welche die Gefahr der Umgehung einer Rückgewährpflicht bannt.²¹

C. Abschmelzung der finanziellen Rücklagen

Zu prüfen ist ferner die Verfassungsmäßigkeit der Abschmelzung etlicher finanzieller Rücklagen der Krankenkassen, die zum einen durch eine – für größere Kassen starre und für kleinere Kassen flexible – Obergrenze nach § 260 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V-RegE und zum anderen durch eine Rücküberführung der überschüssigen Beitragsmittel an die

²⁰ Hierauf weist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner schriftlichen Stellungnahme hin; siehe Ausschussdrucks. 19(14)0034(13), S. 26 f.

²¹ Zum Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Ausschussdrucks. 19(14)0034(13), S. 27.

Versicherten durch eine Verpflichtung zur Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 260 Abs. 2a SGB V-RegE erreicht werden soll.

Vor dem Hintergrund, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 einen Einnahmenüberschuss von rund 3,5 Milliarden Euro erzielt und ihren Überschuss damit im Vergleich zum Vorjahr nahezu verdoppelt haben²², erscheint es geboten, mit diesem finanziellen Überschuss die Versicherten zu entlasten. Zu prüfen ist, ob die Entlastung der Versicherten sogar verfassungsrechtlich erforderlich ist. Bedenken gegen die Neuregelung des § 260 SGB V-RegE könnten dahingehend bestehen, ob ein derartiger Einschnitt in die Haushaltsführung der Krankenkassen mit deren Selbstverwaltungsrecht vereinbar wäre.

I. Haushaltsrecht der Krankenkassen

Die Entscheidung über die Haushaltsführung gehört als Teilelement zu der in § 29 SGB IV einfachgesetzlich manifestierten Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings verfügt diese Selbstverwaltung – anders als die kommunale Selbstverwaltung – nach einhelliger Auffassung über keine verfassungsrechtliche institutionelle Garantie.²³ Sie ist vielmehr als funktionale Selbstverwaltung zur eigenverantwortlichen Erfüllung bestimmter Aufgaben ausgestaltet. Damit verfügt sie über einen erheblich schwächeren rechtlichen Status als die kommunale Selbstverwaltung, weshalb die gesetzgeberischen Gestaltungsmöglichkeiten deutlich flexibler sind. So berühren zwingende Vorgaben für die Haushaltsführung der gesetzlichen Krankenkassen keine verfassungsrechtlich geschützten Positionen der Krankenkassen, sondern unterfallen dem weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers.

Grundlage der Haushalts- und Wirtschaftsführung der Krankenkassen ist nach § 68 Abs. 1 Satz 2 SGB IV der Haushaltsplan, der nach § 70 Abs. 1 SGB IV durch den Vorstand der Krankenkasse aufgestellt und durch die Vertreterversammlung festgestellt wird. Für die Haushalts- und Wirtschaftsführung hat der Haushaltsplan damit eine erhebliche Bedeutung, insbesondere im Innenverhältnis der Krankenkassen, da hierdurch die Leitlinien der Haushalts- und Wirtschaftsführung der Krankenkasse festgelegt werden.²⁴ Die Entscheidung über die Verwendung des verfügbaren Budgets aus Beitragsmitteln hat der Gesetzgeber mithin der Selbstverwaltung überlassen. Gleichzeitig stellt er durch § 30 Abs. 1 SGB IV sicher, dass die Krankenkassen ihre Mittel nur zur Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben verwenden.

²² Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Kennzahlen und Faustformeln zur gesetzlichen Krankenversicherung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2018Bund_Juni_2018.pdf, zuletzt aufgerufen am 4. Oktober 2018.

²³ Siehe etwa *G. Baier*, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), *Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattsammlung*, § 29 SGB IV Rn. 11 m. w. N. (Stand der Kommentierung: März 2018).

²⁴ *G. Baier*, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), *Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattsammlung*, § 68 SGB IV Rn. 6 (Stand der Kommentierung: März 2018).

Bei genauerer Betrachtung ist bereits fraglich, ob durch die Festlegung einer Obergrenze für finanzielle Reserven nach § 260 Abs. 2 SGB V-RegE überhaupt in die Haushaltsführung der Krankenkassen eingegriffen wird. Es trifft zwar zu, dass es im Rahmen dieser Haushaltsführung finanzielle Reserven für unvorhersehbare Ereignisse geben muss. Dem trägt die beabsichtigte Regelung allerdings hinreichend Rechnung. Denn den Krankenkassen wird die finanzielle Reserve nicht vollends genommen; vielmehr verbleibt mit dem 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben nach dem Haushaltsplan ein immer noch stattlicher Überschuss, der zur Abfederung finanzieller Schieflagen voraussichtlich ausreichen wird. Auf Antrag einer Krankenkasse, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung über weniger als 50 000 Mitglieder verfügt, kann die zuständige Aufsichtsbehörde nach § 260 Abs. 2 Satz 2 SGB V-RegE sogar eine Obergrenze zulassen, die den Betrag nach Satz 1 übersteigt, sofern dies erforderlich ist. Ferner ist zu berücksichtigen, dass durch den Gesundheitsfonds finanzielle Risiken der Krankenkassen abgefangen werden.²⁵ Von einer Begrenzung der Autonomie der Selbstverwaltung kann folglich keine Rede sein.

II. Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge

Dies gilt umso mehr, als es sich bei den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen um Beitragsmittel handelt. Diese unterliegen einer strengen Zweckbindung. In seinem Urteil vom 18. Juli 2005 betreffend die Verfassungsmäßigkeit des (alten) Risikostrukturausgleichs hat das Bundesverfassungsgericht zur Zweckbindung der Beitragsmittel bereits Folgendes festgestellt:

„Sozialversicherungsbeiträge zeichnen sich durch eine strenge grundrechtlich und kompetenzrechtlich begründete Zweckbindung aus. Die unter Eingriff in das Grundrecht auf allgemeine Handlungsfreiheit zustande gekommene Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung vermag die Auferlegung nur solcher Geldleistungspflichten zu rechtfertigen, die ihren Grund und ihre Grenze in den Aufgaben der Sozialversicherung finden. Die Kompetenzvorschrift des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG lässt nur solche Finanzierungsregelungen zu, die einen sachlich-gegenständlichen Bezug zur Sozialversicherung aufweisen. Die erhobenen Geldmittel dürfen daher allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner Glieder stehen sie nicht zur Verfügung [...]“²⁶

In derselben Entscheidung äußerte sich das Bundesverfassungsgericht auch zu der Frage der Beitragsbemessung, wie sie bis zur Streichung des vormaligen § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F. durch das GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010²⁷ zu den festgeschriebenen Grundsätzen des Beitragsrechts gehörte:

²⁵ So auch die Begründung zu § 260 Abs. 2 SGB V-RegE, vgl. BT-Drucks. 19/4454, S. 28.

²⁶ BVerfGE 113, 167 (203).

²⁷ BGBl. I, S. 2309.

„Dementsprechend sieht das Sozialgesetzbuch V ausdrücklich vor, dass die Beiträge der Versicherten der Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen dienen (vgl. § 3 SGB V). Die Beiträge sind gemäß § 220 Abs. 1 SGB V [a. F.] so zu bemessen, dass sie die vorgesehenen Ausgaben decken. Zu hohe Beiträge sind zwingend zu verringern, zu niedrige zu erhöhen [...]“²⁸

Der allgemeine Beitragssatz ist mittlerweile gesetzlich in § 241 SGB V geregelt; eine Steuerung der Beitragseinnahmen ist nur noch über den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V möglich. Diese Vorschrift sieht in aktueller Fassung nicht mehr vor, dass zu hoch bemessene Beiträge zwingend zu senken sind.

Die grundlegende Wertung des Beitragsrechts, nur so viele finanzielle Lasten von den Versicherten abzuverlangen, wie auch für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich ist, besteht allerdings noch heute. Auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag soll nur erhoben werden, um Finanzierungslücken zu füllen, vgl. § 242 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 1 SGB V. Es ist daher davon auszugehen, dass die Aufbringung von Beitragsmitteln auf eine Kostendeckung, nicht aber auf die Bildung stattlicher Überschüsse abzielt.

III. Grundrechte der Versicherten

Nicht zuletzt trägt eine Beitragsentlastung den Grundrechten der Versicherten Rechnung. Der Staat ist seiner Grundaufgabe, die Allgemeinheit vor dem Lebensrisiko der Krankheit zu schützen, durch die Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherung nachgekommen.²⁹ Gleichwohl ergeben sich aus der Zwangsinkorporation in die gesetzliche Krankenversicherung Grundrechtseingriffe zulasten der Betroffenen.³⁰ Die mit der Pflichtzugehörigkeit erwachsenden Belastungen müssen in einem vernünftigen Verhältnis zu den für die Betroffenen und die Allgemeinheit bewirkten Vorteilen stehen.³¹

Belastungen entstehen für die Versicherten, indem sie die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam solidarisch finanzieren.³² Sofern die finanziellen Mittel ausreichen, um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken und deren Funktionsfähigkeit zu wahren, ist es im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die allgemeine Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG sinnvoll, die Versicherten durch Beitragssenkungen zu entlasten.

²⁸ BVerfGE 113, 167 (203 f.).

²⁹ BVerfGE 68, 193 (209); vgl. auch BVerfGE 123, 186 (242 f.); 124, 25 (37).

³⁰ H. Sodan, in: ders. (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 2 Rn. 101 ff.

³¹ BVerfGE 38, 281 (302).

³² S. Rixen/S. Kluckert, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 37 Rn. 5 ff.

Nach alledem sind die Deckelung der finanziellen Rücklagen und die Verpflichtung, Überschüsse für eine Senkung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge zu verwenden, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Universitätsprofessor Dr. Helge Sodan

Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu dem Gesetzesentwurf „Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(22)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
8.10.2018

Antrag „Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige der Bundestagsfraktion FDP

Antrag „Geringverdienende Selbstständige und andere freiwillig Versicherte entlasten der Bundestagsfraktion DIE LINKE 28.09.2018

Antrag „Gerechtere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2016“ der Bundestagsfraktion DIE LINKE

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik/KV

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 24060-706
Telefax: +49 30 24060-226
Mobil: +49 160 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

www.dgb.de

Entlastung der Versicherten und Investitionen in Versorgung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften haben über sechs Millionen Mitglieder. Sie vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen sowie Seniorinnen und Senioren auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte und damit als Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund werden Regelungsentwürfe bewertet.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird zur paritätischen Beitragssatzfinanzierung zurückgekehrt. Damit wird eine langjährige Forderung des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften erfüllt.

Seit dem Aussetzen der paritätischen Beitragsfinanzierung in der GKV haben die Arbeitgeber über 50 Milliarden Euro gespart. Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen wurden so vielfach aus den Arbeitnehmer-Zusatzbeiträgen finanziert. Eine Rückzahlung an die Beitragszahler oder den Gesundheitsfonds wären ein Kick-Back-Geschäft zugunsten der Arbeitgeber.

Der Koalitionsvertrag der aktuellen Regierungskoalition enthält viele Vereinbarungen, die zusätzliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erfordern können. Daher fordert der DGB, dass die Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen sowohl



der Beitragssatzstabilität als auch der Versorgung zugutekommen müssen.

Der Gesetzesentwurf beschreibt einen ersten Schritt in die richtige Richtung, die ungerechte Belastung der abhängig Beschäftigten gegenüber den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern abzubauen. Jedoch sind die beschriebenen Instrumente teilweise ungeeignet oder nicht weitreichend genug.

Der DGB bewertet die vorliegenden Anträge der Bundestagsfraktion angesichts der gemeinsamen Themen insgesamt mit dem Gesetzesentwurf.

Bewertung

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle Mitglieder und Familienversicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Ihre Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität sind auf Grund der positiven Lohnentwicklung und der umsichtigen Finanzplanung der Sozialpartner in der sozialen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen gesichert. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen entwickeln sich positiv. Der Gesundheitsfonds und ein großer Teil der Krankenkassen konnten erhebliche Rücklagen aufbauen. Damit besteht das Potential, künftige Kostensteigerungen abzufedern und in eine qualitativ höherwertige Versorgung vor Ort zu investieren.

Der Gesetzesentwurf hat die formulierten Ziele, „dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen, die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen, die aus Beitragsmitteln erzielt wurden, den Beitragszahlern wieder zugutekommen und für Beitragsenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden.“ Ebenfalls soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden. Als Entlastungsspielraum wird eine Beitragsentlastung von ca. 8 Mrd. Euro in Aussicht gestellt. Außerdem soll die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit verbessert werden.

1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Ab dem 1. Januar 2019 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Versicherten, vor allem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, inklusive Rentnerinnen und Rentnern bzw. Rentenversicherung getragen werden. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert.

Damit kommt das Bundesministerium für Gesundheit einer langjährigen Forderung des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften nach. So werden die Kosten für die Gesundheitsversorgung in unserer Republik wieder gerechter getragen.

Doch insgesamt ist die Finanzierung der Gesundheitsausgaben nicht gerecht zwischen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgeteilt. Zum einen wurden in den vergangenen Jahrzehnten viele ehemalige Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte aus der GKV ausgegliedert, z. B.



Zahnersatz für Erwachsene oder die Pflegeversicherung. Während die Pflege in einen neuen Sozialversicherungszweig überführt wurde, müssen Dienstleistungen, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel zunehmend durch die abhängig Beschäftigten privat getragen werden. Im Jahr 2016 waren dies bereits 46,920 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2022 wird die jährliche Gesamtsumme der privaten Zusatzaufwendungen auf bis zu 52,203 Mrd. Euro steigen, wenn hier nicht politisch gegengesteuert wird. Diese Zahlen zu den weiteren Belastungen der Arbeitnehmer-Haushalte durch GKV-bedingte Ausgaben verdeutlichen, dass hier eine größere Entlastung notwendig ist. Gleichzeitig ist die finanzielle Benachteiligung der abhängig Beschäftigten ein strukturelles Ergebnis der Unterrepräsentanz in den Gesetzgebungsorganen sowie in den Institutionen des SGB V und seiner Nebengesetze.

Daher fordert der DGB ein Versicherten-Stärkungsgesetz in der GKV, in dem die finanziellen Lasten und Entscheidungskompetenzen in der GKV gerechter geregelt werden. Dabei gilt es u. a., sorgsam zwischen staatlichen Aufgaben, die aus Steuern finanziert werden müssen, und Sozialversicherungsaufgaben, die aus Beiträgen zu finanzieren sind, zu trennen. Das gilt beispielsweise für die Investitionskosten der Krankenhäuser, die laut Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von den Ländern zu finanzieren sind. Gleichzeitig müssen die gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die den gesetzlichen Krankenkassen vom Gesetzgeber übertragen worden sind, zuverlässig über Steuerzuschüsse gegenfinanziert werden. Denn heute tragen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über ihre Arbeitsplätze bzw. den darauf gründenden Sozialversicherungsbeiträgen weit überwiegend die Gesundheitsausgaben in Deutschland.

Der DGB fordert zudem die Erfüllung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Einführung von durchschnittlichen Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln.

Längerfristig strebt der DGB die Einführung der Bürgerversicherung in der GKV an, mit einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Verbeitragung anderer Einkommensarten.

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst. Der Mindestbeitrag entspricht bisher dem 40. Teil dieser Bezugsgröße.

Der DGB stellt klar, dass die gesetzlichen Krankenkassen ursprünglich solidarische Einrichtungen der abhängig Beschäftigten sind. Der rechtliche Rahmen wurde so



verändert, dass bis 2013 immer mehr Selbstständige auf dem Arbeitsmarkt erschienen. Diese „Selbständigen“, wie ehemalige Ich-AGen, Solo-Selbstständige, Crowdworker, Scheinselbstständige etc., haben sich als erheblich schutzbedürftiger als die „alten“ Unternehmerinnen und Unternehmer erwiesen. Der einkommensschwächere Teil dieser „Selbständigen“ wurde Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.

Der DGB kommt wie andere zu dem Schluss, dass die prekären Selbstständigen dringend verbesserter sozialer Absicherung bedürfen. Es gilt, das Dilemma aufzulösen, dass wir zum einen Selbstständige mit geringem Einkommen absichern, zum anderen aber auch die Solidargemeinschaft GKV vor Überforderung durch die Folgen von Arbeitsmarkt- und Strukturpolitik schützen müssen. Nicht länger dürfen die sozialpolitischen Probleme politisch gewollter Selbstständigkeit den abhängig Beschäftigten aufgebürdet werden.

Es gäbe so mehr soziale Sicherheit für die Selbstständigen, Entlastung der Arbeitnehmer – und die Übernahme sozialpolitischer Verantwortung durch den Gesetzgeber. Der DGB begrüßt die Absenkung der Mindestbemessungsgrenze für Beiträge hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger, die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Umsetzung der Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage zum 01. Januar 2019, die einer zeitnahen Entlastung der betroffenen dienen soll, ist zu begrüßen. Als Berechnungsgrundlage der Beiträge von Selbstständigen sind analog der Berechnungsgrundlage für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausschließlich die eigenen Einkünfte aus der Erwerbstätigkeit, nicht aber zum Beispiel die der Bedarfsgemeinschaft zugrunde zu legen. Gesetzliche Krankenkassen sind dahin gehend zu verpflichten, dass für Selbstständige, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung verspätet nachkommen, auch im Falle von Beitragsschulden alle Leistungen bereitgestellt werden. Die eingehenden Beiträge sind zunächst mit dem laufenden Beitrag zu verrechnen und erst danach sollen damit die aufgelaufenen Beitragsschulden bedient werden.

Zudem ist eine ergänzende Regelung zu verabschieden, nach der auch Studierenden für die volle Dauer ihres Studiums von einer abgesenkten Beitragshöhe der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst werden. Gegenwärtig endet diese Grenze mit dem Erreichen des 25. Lebensjahres. Viele Studierende sind zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht am Ende ihres Studiums angelangt und können somit den Beitragsanstieg im Falle des Wechsels in die freiwillige Krankenversicherung nur schwer bewältigen. Um diese Personen vor einer drohenden Prekarisierung während des Studiums zu schützen und zugleich die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme zu gewährleisten, ist neben einer Streichung der Regelaltersgrenze

von 25 Jahren auch ein ausgleichender Nachweis über die kontinuierliche Erbringung von Studienleistungen durch Personen, die älter als 25 Jahre sind und den Studierendenstatus besitzen, sinnvoll.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Um die bereits bestehenden Beitragsschulden zu reduzieren, will das Bundesministerium für Gesundheit, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Mitgliederbestände um „ungeklärte und passive“ Mitgliedschaften und damit verbundene Beitragsschulden bereinigen. Die dafür erhaltenen RSA-Zuweisungen müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

Die rückwirkende Wirkung ab 1. August 2013 der aufzuhebenden Mitgliedschaften, die auf gesetzlicher Grundlage fortgeführt werden, lehnt der DGB vollständig ab. Verlässlichkeit ist im Bereich der sozialen Sicherung eine unerlässliche Grundlage.

Anfang dieses Jahres meldeten die Medien einen neuen Rekord bei der Höhe der Beitragsschulden in der Gesetzlichen Krankenversicherung von etwa 8,21 Mrd. Euro. Im Jahr 2011 lagen die die Beitragsschulden der Versicherten noch bei 1 Mrd. Euro, 2013 bei 2,1 Mrd. Euro und 2015 sind sie auf 3,24 Mrd. Euro gestiegen. Durch die eingefrorenen Arbeitgeber-Beiträge belastet dies allein die Versicherten – zusätzlich zu weiteren Faktoren. Gesetzliche Krankenkassen sprechen von weiter steigenden finanziellen Belastungen: zum einen, weil die Anzahl der Nichtzahler weiter ansteigt, zum anderen, weil die Rückstände der bislang säumigen Mitglieder weiter anwachsen. Eine „Bestandsbereinigung“ um Versicherte, die seit Jahren weder Beiträge gezahlt noch Leistungen beansprucht haben, wie sie der Gesetzesentwurf vorsieht, ist für sich genommen eine sinnvolle Sache. Manchmal melden sich deutsche Migranten, die ins Ausland abwandern, nicht bei ihrer Krankenkasse ab. Aber damit wird lediglich ein kleiner Teil der Beitragsschulden adressiert. Skandalös ist aus Sicht des DGB eine rückwirkende Bereinigung der letzten fünf Jahre mit entsprechender Rückwirkung auf die Auszahlungen des Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen. Verlässliche Sozialgesetzgebung sieht anders aus. Man möge sich nur vorstellen, der DGB würde die rückwirkende Wiederherstellung der paritätischen Beitragszahlung fordern – für die letzten fünf Jahre.

Bereits seit einigen Jahren sind vor allem Selbständige, die ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht zahlen (können), immer wieder Thema sozialpolitischer Debatten – auch nach der letzten Gesetzesänderung. In den meisten Fällen überweist der Arbeitgeber die Mitgliedsbeiträge an die gesetzlichen Krankenkassen. In Rückstand geraten können zumeist nur Selbstzahler. Daher sind vor allem gering verdienende Selbständige davon betroffen, insbesondere Solo-Selbständige.



Derzeit sind etwa 1,9 Millionen Selbstständige Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen. Hinzu kommen 830.000 dort Familienversicherte. Ca. 1,5 Millionen sind Kunden privater Krankenversicherungsunternehmen (PKV-Unternehmen) im Geschäftsfeld Krankenvollversicherung, zusätzlich 450.000 Familienangehörige. Damit liegen die Anteile der Krankenversicherungssysteme bei 57 Prozent (GKV) zu 43 Prozent (PKV).

Die aktuellen Veröffentlichungen zu den Beitragsschulden der Unternehmen mit Beschäftigten, den Arbeitgebern, benennen in diesem Zusammenhang leider keine neuen Zahlen. Im Jahr 2013 betrugen diese immerhin ebenfalls 2,4 Mrd. Euro. Insgesamt könnte eine Lösung, die nicht zu Lasten der abhängig Beschäftigten geht eine Entlastung von 0,75 Beitragssatzpunkten mit sich bringen.

Der DGB fordert eine Entlastung der GKV von den Beitragsschulden. Sowohl Versicherte als auch Arbeitgeber haben diese Schulden gegenüber der Solidarkasse der gesetzlichen Krankenkassen angehäuft. In erster Linie handelt es sich jedoch um Schulden aus selbständigem Wirtschaften aufgrund von struktur- und arbeitsmarktpolitischen politischen Entscheidungen.

Daher fordert der DGB: Können die Beitragsschulden nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen eingezogen werden, wirkt der Staat über Steuerzuschüsse an die Kassen als Ausfallbürge, um die Solidargemeinschaft von den Auswirkungen der staatlichen Struktur- und Arbeitsmarktpolitik zu entlasten. Die Beseitigung der Beitragsschulden soll realistischer Weise schrittweise erfolgen.

Für den einzelnen Beitragsschuldner kann zudem eine rückblickende Betrachtungsweise, die die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Selbständigen mit schwankenden Einkünften bei der Bemessung der geschuldeten Beiträge berücksichtigt (siehe oben unter 2.), dazu beitragen, unzumutbar hohe Beitragsschulden erst gar nicht entstehen zu lassen. Im Falle von nicht erwerbstätigen EU-Bürgerinnen und Bürgern ist gesondert darauf zu achten, dass diese nicht mit der Gruppe der sich zeitlich nur befristet in Deutschland aufhaltenden Saisonarbeiterinnen- und Arbeitern vermischt werden. Während letztere in der Regel nach Ende ihrer saisonalen Tätigkeit in ihr Herkunftsland zurückkehren und somit keinen dauernden Anspruch der sie versichernden Krankenkasse auf Pauschalen aus dem Risikostrukturausgleich begründen, sind nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger dauerhaft darauf angewiesen, einen verlässlichen und kontinuierlichen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen realisieren zu können.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Um die geplante finanzielle Entlastung der Beitragszahler zu erreichen, sieht der Gesetzesentwurf mehrere Reformmaßnahmen zur Abschmelzung von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler vor. Die Entlastung insbesondere der abhängig Beschäftigten von Kosten der Gesundheitsversorgung insgesamt ist dringend geboten.

Angesichts der Kostensteigerungen durch Vereinbarungen im Koalitionsvertrag und der notwendigen Rückstellungen für Versorgungszusagen sowie gebotene Liquiditätsreserven, muss dies jedoch sehr vorsichtig erfolgen.

Es gehört zu den Kernkompetenzen der sozialen Selbstverwaltung, d. h. der Verwaltungsräte, der gesetzlichen Krankenkassen über die Verwendung von Finanzmitteln zu entscheiden. Einen Eingriff des Gesetzgebers lehnen wir ab. Die vom Gesetzgeber erzwungene Beitragssatzsenkung ist ein einseitiger staatlicher Eingriff die Autonomie der Selbstverwaltung. Damit setzt das BMG seinen – nicht zuletzt durch Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – eingeschlagenen interventionistischen und selbstverwaltungs-feindlichen Kurs fort.

Die Rücklagen sind seit Einführung der Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge weitgehend allein von den Versicherten aufgebracht worden, während die Arbeitgeber-Beiträge eingefroren waren. Wenn jetzt die Rücklagen zur Senkung der zukünftig wieder paritätisch finanzierten Beiträge genutzt werden, handelt es sich um eine Kick-Back-Regelung zugunsten der Arbeitgeber, die allein die Versicherten, vor allem die Arbeitnehmer, bezahlen werden.

Der DGB befürchtet, dass auf diese Weise der Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen politisch angeheizt wird, in dem die Zusatzbeiträge weiter gespreizt werden.

Die gesetzlich Versicherten wägen Beitragssätze und Versorgungssicherheit zugunsten einer qualitativ verbesserten Versorgung ab. Damit die dazu vereinbarten Regelungen im Koalitionsvertrag wirksam umgesetzt werden können, ist die Finanzierung aus den Mitteln der GKV sicherzustellen. Daher fordert der DGB, dass die gesetzlichen Krankenkassen die über die notwendige Reserve von 1,5-fache der Monatsausgabe hinausgehenden Finanzmittel auch in bessere Versorgung investieren dürfen. Der DGB fordert darüber hinaus eine Änderung des § 140 SGB V, damit den gesetzlichen Krankenkassen wieder die Gründung und der Ausbau von Eigenrichtungen erlaubt wird. Dadurch können insbesondere in strukturschwachen, von Unterversorgung bedrohten Gebieten Krankenkassen erheblich zum Wohle der Menschen in nachhaltige Versorgungsstrukturen investieren.



Durch das Gesundheits-Modernisierungsgesetz von 2004 müssen die Bezieherinnen und Bezieher von Betriebsrenten den vollen Beitragssatz für die Kranken- und Pflegeversicherung für die Betriebsrenten entrichten. Die Betriebsrentner haben für den Zeitraum von zehn Jahren insgesamt einen Beitragssatz von ca. 19 Prozent auf ihre Betriebsrente allein zu tragen. Damit wird die von vielen erwartete Gesamtverzinsung auf ihre eingezahlten Beiträge deutlich geschmälert. Viele Betriebsrentner sind zudem von einer doppelten Verbeitragung bei der Zahlung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pensionskassen und Direktversicherungen und noch einmal bei der Auszahlung der Betriebsrenten betroffen.

Dies wird von vielen Betriebsrentner seit 2004 verständlicherweise als ungerecht empfunden.

Angesichts der vom BMG festgestellten überquellenden Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen sollten statt einer Senkung der Beitragssätze zunächst die offensichtlichen Ungerechtigkeiten wie die Doppel- und Vollverbeitragung von Betriebsrenten endlich beendet und zu der vor 2004 geltenden Regelung der hälftigen Verbeitragung zurückgekehrt werden. Dies wäre gleichzeitig ein wichtiger Beitrag, um die Attraktivität der betrieblichen Altersversorgung zu erhöhen und sie damit zu stärken.

Wir begrüßen und unterstützen ausdrücklich diesbezügliche aktuelle Vorstöße aus der SPD und der CDA.

Der DGB kritisiert zudem den in den Gesetzesentwurf aufgenommenen Bezug zum Greifen der Abbaumechanismen nach einer RSA-Reform ab dem Jahr 2020. Mit der Ankündigung einer RSA-Reform ohne eine zumindest in Grundsätzen vorhandenen Skizzierung eines inhaltlichen Fahrplans einer solchen Reform wird den gesetzlichen Krankenkassen und damit den Versicherten in Verbindung mit dem oben genannten Ziel des Abschmelzens der Finanzreserven weder Planbarkeit Stabilität vermittelt. Diese politischen Kriterien sind für die Ausgestaltung einer verlässlichen und gerechten Gesundheitsversorgung jedoch unerlässlich.

5. Altersrückstellungen der Krankenkassen

Die geplante Harmonisierung der Regelung zum Deckungskapital für Altersrückstellungen mit dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes wird begrüßt.



6. Bessere soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der DGB begrüßt die in den Gesetzesentwurf aufgenommene geplante Schaffung eines einheitlichen Zugangs für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zur gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu wird ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung ebenso wie eine Zusage auf Bezug von Zuschüssen zu den Krankenversicherungsbeiträgen, die anstelle der bisherigen Beihilfe gezahlt werden sollen, verankert.