

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

– Drucksache 19/4454 –

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

1. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge ab.

- a) Durch eine Anhebung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen vom Einfachen auf das Eineinhalbfache einer Monatsausgabe würde sich die Zahl der entlasteten Mitglieder halbieren und würde sich der Umfang an abzuschmelzenden Finanzreserven von etwa 4,5 Milliarden Euro um mehr als zwei Drittel reduzieren.

Die aktuell noch geltende Obergrenze für Betriebsmittelreserve und Rücklagen in Höhe des Eineinhalbfachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe resultiert aus einer Zeit, in der die Krankenkassen neben dem Ausgabenrisiko auch noch das Einnahmerisiko zu tragen hatten. Seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist jedoch das Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Unerwartete konjunkturell bedingte unterjährige Beitragsmindereinnahmen gehen seit dem Jahr 2009 vollständig zu Lasten des Gesundheitsfonds und werden durch die Liquiditätsreserve aufgefangen. Die Krankenkassen erhalten die vorab zugesicherten Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen. Insofern sind sie auch von den unterjährigen Schwankungen der Einnahmen nicht mehr betroffen.

Die derzeitige Obergrenze für die Finanzreserven von eineinhalb Monatsausgaben entspricht daher nicht mehr dem tatsächlichen Bedarf der Krankenkassen, um ihre Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Aufgrund des Entfallens des Einnahmerisikos wäre auch eine Halbierung der bisherigen Obergrenze auf 0,75 Prozentpunkte möglich. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Absenkung der Obergrenze das Einfache einer Monatsausgabe ist daher als moderat zu bezeichnen und bietet den Kassen ausreichend Planungs- und Kalkulationssicherheit.

- b) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung zum Abbau der Finanzreserven für Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern ist ausreichend, um kleinere Krankenkassen vor unterjährigen Ausgabenrisiken zu schützen. Von der gesetzlichen Regelung sind lediglich Krankenkassen betroffen, die das Vierfache der Mindestrücklage überschreiten. Krankenkassen mit mehr als 50 000 Mitglie-

dern verfügen über ausreichend hohe Rücklagen, um Hochkostenfälle aufzufangen. Darüber hinaus bestehen nach § 265 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Möglichkeiten für Finanzhilfen zwischen den Krankenkassen einer Kassenart zum Ausgleich aufwendiger Leistungsfälle, von denen auch Gebrauch gemacht wird.

2. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b (§ 260 Absatz 2a Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Streichung würde dazu führen, dass die Vorgaben zum Abbau der Reserven weniger strikt befolgt werden. Nur durch Absenkung der Zusatzbeiträge können die überschüssigen Reserven effektiv abgebaut werden.

Ein Unterschreiten der Obergrenze ohne Absenkung des Zusatzbeitragssatzes wäre grundsätzlich nur für wenige Krankenkassen vorstellbar, deren Finanzreserven knapp oberhalb der Obergrenze liegen. Da diese Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz jedoch lediglich um 0,1 Prozentpunkte absenken müssten, um die Obergrenze wieder einzuhalten, gehen von der bestehenden Regelung keine relevanten Auswirkungen auf Zusatzbeiträge und Mitgliederbewegungen aus. Für die Streichung der Wörter „durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes“ besteht daher keine Notwendigkeit.

3. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 323 Absatz 1 bis 5 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wird eine verfassungsrechtlich unbedenkliche und verwaltungseffiziente (gegenüber den gesetzlichen Regelungen des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch zu Rücknahme und Widerruf rechtlich speziellere) Bereinigungsregelung auch für zurückliegende Zeiträume geschaffen. Diese trägt dem Umstand Rechnung, dass schutzwürdige Interessen der Krankenkassenmitglieder an einer Fortführung der Mitgliedschaft bei „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften gerade nicht bestehen. Das Ziel der Regelung ist es, die mit diesen Mitgliedschaften verbundenen Beitragsschulden effektiv zu bereinigen. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Bereinigung nach für alle Krankenkassen klar abgrenzbaren einheitlichen und praktikablen Kriterien erfolgt.

Die Rückzahlung der für die betroffenen Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch die Krankenkassen, die der Regierungsentwurf vorsieht, ist die zwingende Folge der rückwirkenden Bereinigung des Mitgliederbestandes und trifft ebenfalls auf keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Abgesehen davon, dass sich Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht auf einen grundrechtlich begründeten Vertrauensschutz für den Behalt von Zuweisungen für bereinigte Mitgliedschaften berufen können, ist die Korrektur der Zuweisungen auch für die Vergangenheit aus Gründen des fairen Kassenwettbewerbs erforderlich.

4. Zu Artikel 2 Nummer 2a – neu – (§ 105 Absatz 1b – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Änderungen der die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen betreffenden Regelungen in § 105 SGB V sind bereits Gegenstand einer anderen Gesetzesinitiative der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Dort sind unter anderem Änderungen im Hinblick auf die Höhe der einzusetzenden finanziellen Mittel und hinsichtlich der Verwendungszwecke der Mittel des Strukturfonds vorgesehen. Änderungen des § 105 SGB V sollten wegen des Sachzusammenhangs einheitlich im Rahmen der Gesetzesinitiative zum Entwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes vorgenommen werden.

5. Zu Artikel 2 Nummer 2b – neu – (§ 105 Absatz 1 c – neu – SGB V)

Auf die Begründung zu Nummer 4 wird verwiesen.

6. Zu Artikel 2 Nummer 2c – neu – (§ 135b Absatz 4 Satz 3 bis 7 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. § 135b Absatz 4 SGB V entspricht in seiner jetzigen Fassung dem im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens zum GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom Bundesrat vorgelegten Antrag zum damaligen § 136 SGB V (jetzt § 135b SGB V). Der Antrag wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) durch Anfügung des damaligen § 136 Absatz 4 SGB V (jetzt § 135b Absatz 4 SGB V) umgesetzt. Die Regelung ist seit dem 1. Juli 2008 in Kraft und ermöglicht es jeder Kassenärztlichen Vereinigung für ihren Bezirk mit einzelnen Krankenkassen für bestimmte

Leistungen Qualitätsprogramme aufzulegen sowie erfolgreich etablierte Qualitätsoffensiven fortzuführen oder weiterzuentwickeln. Hierfür können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen Vergütungsvereinbarungen schließen, mit denen genau zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden können. Die Kostenneutralität der Förderung der Qualitätsprogramme ist durch die obligatorische Ausgleichsregelung sichergestellt. Eine effektive Qualitätssteuerung bedarf solcher ökonomischer Anreize. Ein Verzicht auf die Ausgleichsregelung schränkt die Effektivität der Qualitätsförderung ein und ist zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich. Sicherstellungsinteressen werden dagegen mit der Regelung des § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V verfolgt. Danach können zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende ärztliche Unterversorgung festgestellt hat oder festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen zusammen mit den Ersatzkassen, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e SGB V vereinbaren. Derartige Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern müssen nicht durch Abschläge ausgeglichen werden.

7. Zu Artikel 2 Nummer 2d – neu – (§ 135d – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, da für die Regelung kein Regelungsbedarf besteht. Der geltende § 140a SGB V gibt den Krankenkassen weitgehende Möglichkeiten, kassenindividuelle Einzelverträge mit Leistungserbringern zu schließen. Der Regelungsvorschlag unterscheidet sich vom Wortlaut her im Wesentlichen nur durch einen Verzicht auf die Verpflichtung zur Teilnahmeerklärung der nach diesen Verträgen versorgten Versicherten und deren Widerrufsrecht. Hierauf kann jedoch aus Gründen des Versicherungsschutzes nicht verzichtet werden.

8. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 240 Absatz 4 SGB V)

Aus der Prüfbitte ergibt sich kein gesetzlicher Änderungsbedarf. Durch die in § 240 Absatz 4 SGB V vorgesehene Regelung sollen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte hauptberuflich Selbstständige entlastet werden, indem die Mindestbemessungsgrundlage nahezu halbiert wird und gesetzlich versicherte Selbstständige mit einem geringen Einkommen weniger Beiträge leisten müssen. Dieser Ansatz lässt sich nicht auf die in der privaten Krankenversicherung (PKV) versicherten Selbstständigen übertragen. Die Versicherungsprämien in der PKV bemessen sich für alle Versicherten ausschließlich nach dem vereinbarten Leistungsumfang und dem individuellen Krankheitsrisiko. Das jeweilige Einkommen hat hingegen keinen Einfluss auf die Beitragshöhe. Insofern gibt es keinen Bedarf für besondere Beitragsbemessungsregelungen für Selbstständige mit einem niedrigen Einkommen. Sie können, wie alle anderen Versicherten auch, die Beitragsbelastung in erster Linie über den vereinbarten Leistungsumfang beeinflussen. Zudem wird durch die verschiedenen Sozialtarife in der PKV (Basistarif, Standardtarif, Notlagentarif) sichergestellt, dass kein Versicherter durch die Prämien finanziell überfordert wird. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass Selbstständige in der Regel die Wahl zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen oder einer Absicherung in der privaten Krankenversicherung haben. Diese Entscheidung hat weitreichende Implikationen und sollte von den Betroffenen unter Abwägung aller Faktoren getroffen werden, zu denen auch die aktuelle Beitragsbelastung gehört.

9. Zum Gesetzentwurf allgemein (kostendeckende GKV-Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II):

Im dem zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 ist die Finanzierung der schrittweisen Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln vereinbart. Diese Maßnahme fällt lt. Koalitionsvertrag nicht unter die prioritären Ausgaben. Danach können weitere Maßnahmen, auf die sich die Koalition einigt, finanziert werden, wenn sich zusätzliche finanzielle Spielräume ergeben oder eine entsprechende unmittelbare, vollständige und dauerhafte Gegenfinanzierung sichergestellt ist.

