



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Referentenentwurf des  
Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur  
Beitragsentlastung der Versicherten in der  
Gesetzlichen Krankenversicherung**

**(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)**

**04.05.2018**

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

## Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen .....	3
§ 10 Familienversicherung .....	5
§ 171e Deckungskapital für Altersversorgungspflichtigen .....	6
§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft.....	7
§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft .....	9
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Abs. 1) .....	11
§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Abs. 4).....	13
§ 242 Zusatzbeitrag .....	15
§ 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung .....	16
§ 249a Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug.....	17
§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte.....	18
§ 260 Betriebsmittel .....	19
§ 261 Rücklage .....	22
§ 271 Gesundheitsfonds .....	23
§ 323 (neu) Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4 .....	24

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Der Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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.

Überdies ist das beabsichtigte kurzfristige Abschmelzen der Kassenreserven ohne eine vorausgehende Reform des Morbi-RSA nicht zielführend. Dadurch würden bestehende Marktkonzentrationen (wie in Sachsen und Thüringen) verstärkt, die Problemursachen aber nicht beseitigt. 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.

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 einen hälftigen Ist-Kostenausgleich für die Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an.

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 Referentenentwurf 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 Beschäftigungen 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 Referentenentwurfs 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**

#### **§ 10 Familienversicherung**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die zeitlich befristete Regelung zu Tagespflegepersonen (Kindertagespflege) läuft zum 31.12.2018 aus und wird nicht verlängert. Zum 01.01.2019 erfolgt eine rechtsbereinigende Streichung.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen unterstützen die rechtsbereinigende Streichung der isolierten Sonderregelung. In Verbindung mit Nr. 5b ist die Anpassung nachvollziehbar.

Im Sinne unserer Empfehlung für eine umfassende Analyse und die Erarbeitung langfristig tragfähiger Reformvorschläge zu Selbstständigen in der gesetzlichen Sozialversicherung durch eine Enquetekommission (siehe Nr. 5b) sollten auch die besonderen Umstände und das schutzwürdige Interesse der Tagespflegepersonen besonders berücksichtigt werden.

##### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **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 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“*

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3**

#### **§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

- a) 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 feststellen kann.
- b) 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**

- a) 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 regelmäßig 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 Neuregelung entspricht dem Vorschlag der Krankenkassen, die dem Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben des GKV-Spitzenverbandes am 21.08.2017 übermittelt wurde. Die vorliegende Regelung greift die Vorschläge 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 Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zur Geltung.

Anstelle der Formulierung „solange die Krankenkasse den Wohnsitz nicht ermitteln kann“ sollte allerdings konsequenterweise der Ausdruck „wenn [...]“ verwendet werden.

b) Es handelt sich hierbei um eine neue Regelung, die sich auf die rechtlichen Voraussetzungen des Leistungsruhens nach § 16 Abs. 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?

Der Hinweis auf die Übernahme der Beiträge durch andere Träger bei Hilfebedürftigkeit, wird schon heute im Rahmen des Verfahrens in Bezug auf die Einleitung des Leistungsruhens im Mahnverfahren, an das Mitglied kommuniziert und ist daher entbehrlich.

### **Änderungsvorschlag**

a) Der neu eingefügte § 188 Abs. 4 Satz 4 wird wie folgt geändert:

*„Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches ermitteln konnte.“*

b) Der Interpretationsspielraum in der Aussage zur Höhe der Beitragsanteile im neu eingefügten § 188 Abs. 5 sollte geklärt werden. Im Sinne der Zielsetzung sollte von vollen Soll-Monaten gesprochen werden.



## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 4**

#### **§ 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung schafft zwei weitere Tatbestände, bei deren Vorliegen freiwillige Mitgliedschaften enden.

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 4 stellt klar, dass eine freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tag endet, an dem weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts besteht.

Der neue Beendigungstatbestand in Nummer 5 sieht darüber hinaus 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 und der Krankenkasse die Ermittlung des Aufenthaltsortes nicht möglich ist.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beabsichtigte Neuregelung.

Nichtsdestotrotz sollte die Abgrenzung der beiden Konstellationen etwas klarer formuliert werden. Die Nummer 4 geht wohl konkret von einem tatsächlich zu bestimmenden Zeitpunkt aus. Ist damit nur die amtliche Abmeldung gemeint oder fällt hierunter auch die Selbstauskunft bzw. eine Nachricht Angehöriger über den Auslandsaufenthalt? Auch die Berechnung der sechs Monate in der Nummer 5 ist nicht klar genug formuliert.

Insgesamt entspricht die Neuregelung der Forderung der Krankenkassen, die dem Bundesministerium für Gesundheit mit dem Schreiben des GKV-Spitzenverbandes am 21.08.2017 übermittelt wurden. Die vorliegende Regelung beseitigt die Problematik 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 Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auf Antrag zu Stande.

##### **Änderungsvorschlag**

Bitte um Prüfung der Interpretationsspielräume.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5a**

#### **§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Abs. 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 ändern. Praktisch wird die Frist von heute 3 Monaten auf 12 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 Satz 5 nicht 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 Rechtslage 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 Nachreichen der Unterlagen von 3 Monaten auf 12 Monate verlängert werden. De facto entstanden in der Praxis die Beitragsrückstände 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.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5b**

#### **§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (hier: Abs. 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 2018 würde die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige 1.141,88 Euro betragen (statt 2.283,75 Euro) und der monatliche Mindestbeitrag 171,28 Euro (statt 342,56 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 Beschäftigungen 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 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 6**

#### **§ 242 Zusatzbeitrag**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der neu eingefügte Satz ist als Ergänzung zum geänderten § 260, der die Krankenkassen zum Abbau von Finanzreserven über der festgeschriebenen Obergrenze verpflichtet, zu verstehen. Demnach dürfen Kassen ihre Zusatzbeiträge nicht anheben, solange ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

##### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen lehnen die beabsichtigte Regelung ab.

Ebenso wie die beabsichtigten gesetzlich zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen und die damit beabsichtigten kurzfristigen Beitragssatzsenkungen beeinträchtigt auch die Vorgabe, Zusatzbeiträge ab einer bestimmten Vermögensobergrenze nicht anheben zu dürfen, die Beitragssatzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus ist die beabsichtigte Regelung ohne eine vorausgehende Reform des Morbi-RSA nicht zielführend. (siehe Nummer 10)

##### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 7**

#### **§ 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 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 8**

#### **§ 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 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 9**

#### **§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

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.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 10**

#### **§ 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.

##### **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 der 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.

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 einen hälftigen Ist-Kostenausgleich für die Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an.

## **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 11**

#### **§ 261 Rücklage**

#### **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.

#### **Bewertung**

Folgeänderung zu Nr. 10.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 12**

#### **§ 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 Prozess 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 Abs. 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. 13**

#### **§ 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 6 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.

Außerdem erhalten die Mitglieder, deren Beiträge aufgrund fehlender Einkommensnachweise nach dem Höchstbeitrag festgesetzt wurden, die Möglichkeit zum rückwirkenden Nachweis des Einkommensnachweises, auch wenn die Beitragsfestsetzung bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes erfolgte. Hierüber sind die Mitglieder von der Krankenkasse schriftlich zu informieren.

#### **Bewertung**

Es trifft zu, dass die Begründung freiwilliger Mitgliedschaften ohne die Mitwirkung der Betroffenen zu vielen problematischen Versicherungsfällen seit 2013 geführt hat. Nach einer Erhebung des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2017 sind durchschnittlich 3,5 Prozent aller freiwilligen Mitgliedschaften als problematisch zu klassifizieren (d.h. die Beiträge sind wegen fehlender Mitwirkung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgelegt). Für diese Fälle haben die Kassen keine Beiträge erhalten. Die geplante Bereinigung wird die Beitragsrückstände damit sicherlich reduzieren.

Die rückwirkende Bereinigung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um die aufzuhebenden Mitgliedschaften unterstützen wir ausdrücklich. Das Bundessozialgericht hat bereits 2003 festgestellt, dass rückwirkende Bestandsbereinigungen und daraus



resultierende Korrekturen für den Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich rechtmäßig sind (BSG: Urte. v. 24.01.2003, Az.: B 12 KR 17/01.R).

Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, die mit der beabsichtigten Bestandsbereinigung verbundenen Sonderprüfungen unzweideutig und manipulationsresistent auszugestalten, um die zu Unrecht gemeldeten Versichertenzeiten – und damit die zu zahlenden Korrekturbeträge – aus Sicht der Krankenkassen nicht durch Ermessensspielräume herabmindern zu können. Nicht eindeutig ist hier insbesondere die Definition, was als „Kontakt zum Mitglied“ zu verstehen ist.

Die Übergangsvorschrift enthält in Absatz 6 eine weitere Regelung, die im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 240 Absatz 1 SGB V steht. Danach erhalten freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Beiträge bereits vor dem Inkrafttreten der Regelung wegen Nichtmitwirkung endgültig auf die Höchstbeiträge festgesetzt wurden, eine Korrektur der Höchstbeitragseinstufung, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten der Regelung ihre Einkommensnachweise vorlegen.

Eine rückwirkende Korrektur einer gemäß geltender Rechtslage durchgeführten Festsetzung der Beiträge (in die Vergangenheit) lehnen wir ab. In der Regel haben die Versicherten die Festsetzung akzeptiert und die Beiträge ordnungsgemäß gezahlt. Eine Rückwirkung stellt die Verlässlichkeit des (alten) politischen Willens in Frage und macht eine solide Finanzplanung der Kassen zunichte.

Darüber hinaus geht die Aussage in der Begründung zu Nummer 5 (§ 240) zu Buchstabe a „Damit soll vermieden werden, dass nur aufgrund eines zu engen Zeitfensters für die Nachreichung von Nachweisen „fiktive“ und häufig nicht realisierbare Beitragsschulden aufgebaut werden“ fehl.

Schon jetzt beträgt das Zeitfenster, bis es zu einer Festsetzung in die Höchststufe kommt, in der Regel durch den vorgesehenen Prozessablauf von Anfragen und Erinnerungen 3 Monate. Darüber hinaus wurde die Frist zur Nachreichung von Einkommensnachweisen auf 3 Monate heraufgesetzt. Insgesamt besteht also ein Zeitfenster von insgesamt 6 Monaten, in denen das Mitglied den Einkommensnachweis beibringen kann. Dies kann nicht als ein „enges“ Zeitfenster angesehen werden, zumal die Einkommensnachweise in der überwiegenden Zahl der Fälle direkt im Anschluss an die Mitteilung über die Festsetzung in die Höchststufe eingereicht werden.

Die Regelung des Abs. 6 lehnen wir aus den o.g. Gründen ab.

## **Änderungsvorschlag**

Der Interpretationsspielraum in § 323 Abs. 2 SGB V in Bezug auf die Definition „Kontakt zum Mitglied“ sollte geklärt werden.

Darüber hinaus Streichung von § 323 Abs. 6 SGB V.