



dbb
beamtenbund
und tarifunion

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der
Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz GKV-VEG) vom 19. April 2018

Berlin, 2. Mai 2018





Allgemeines

Der vorliegende Entwurf eines GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) enthält aus Sicht des dbb viele richtige und wichtige Korrekturen der bisherigen Gesundheitspolitik. Gerade im Hinblick auf die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge hätte sich der dbb mehr Mut gewünscht. Es ist bedauerlich, dass sich die Parität nur auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag bezieht und andere, allein von den Versicherten zu tragende Gesundheitskosten außen vor lässt.

Auch die vorgesehenen Eingriffe in die Finanzautonomie der Krankenkassen betrachtet der dbb mit Sorge, zumal das verfolgte Ziel der Beitragssatzsenkung teuer erkauft werden könnte.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

- I. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages
- II. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige
- III. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler
- IV. Maßnahmen zur Reduzierung der Beitragsschulden
- V. Altersrückstellungen der Krankenkassen

I. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

Grundsätzlich begrüßt der dbb die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge durch Arbeitnehmer und Rentner sowie Arbeitgeber und Rentenversicherung ausdrücklich. Es entspricht der langjährigen Forderung des dbb, die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge, die auf den Neuregelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes beruhen, zurückzunehmen.

Die im Entwurf vorgesehene Variante, den kassenindividuellen Zusatzbeitrag heranzuziehen, ist aus Sicht des dbb folgerichtig. Hätte man für die Berechnung des Arbeitgeberanteils den jährlich festzulegenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag herangezogen, hätte dies zu einer Verstärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander über den Beitrag und gegebenenfalls zu Mitnahmeeffekten geführt. Der dbb bekennt sich seit jeher zur Beitragsautonomie der Krankenkassen. Diese muss jedoch transparent und ohne wettbewerbsverzerrende Elemente ausgestaltet sein.

Allerdings ist eine gerechte Lastenverteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern mit den nun vorliegenden Regelungen noch nicht vollumfänglich erreicht. Der dbb fordert in diesem Zusammenhang, auch die Zuzahlungen für Arzneimittel, Rezeptgebühren sowie die täglich zu entrichtenden zehn Euro bei stationären Krankenhausaufenthalten mit in die Parität einzubeziehen. Bisher müs-



sen die Versicherten diese Kosten allein tragen, sofern die Belastungsgrenze noch nicht erreicht ist oder ein sonstiger Befreiungstatbestand vorliegt. Besonders für chronisch Kranke und ältere Versicherte ist dies eine enorme finanzielle Belastung. Der dbb schlägt deshalb vor, die Abrechnung direkt über die Krankenkassen laufen zu lassen und somit über den allgemeinen, künftig paritätisch finanzierten Beitragssatz abzudecken.

II. Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige

Sicherlich steht die Interessenvertretung der Kleinselbstständigen, die von den vorgesehenen Neuregelungen zweifelsohne profitieren, nicht im Hauptfokus des dbb. Trotzdem begrüßt der dbb die deutliche Reduzierung des Mindestbeitragsatzes für Selbstständige, die durch die bisherige Regelung eindeutig über Gebühr belastet wurden. Aus Sicht des dbb leistet die Regelung einen wichtigen Beitrag zur sozialen Absicherung dieses Personenkreises und kann somit auch vor der Notwendigkeit im Alter auf staatliche Transfers angewiesen zu sein, schützen. Konsequenter wäre aus Sicht des dbb, es nun nicht einfach bei der vorgesehenen finanziellen Entlastung zu belassen, sondern im selben Zug eine Absicherung des Alterssicherungsrisikos für den angesprochenen Personenkreis zu schaffen, um einer möglicherweise drohenden Altersarmut wirksam begegnen zu können.

III. Abschmelzen der Finanzreserven der Krankenkassen

Die Neuregelungen der §§ 260 und 271 SGB V stoßen beim dbb auf großes Unverständnis. Sowohl die in § 260 SGB V vorgesehene Absenkung der gesetzlich zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen von derzeit 1,5 auf eine durchschnittliche Monatsausgabe als auch die in § 271 SGB V vorgesehene Einführung einer gesetzlichen Grenze für die maximale Höhe der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds haben mit nachhaltiger Sozialpolitik wenig zu tun und konterkarieren frühere Maßnahmen, die gerade zu mehr Nachhaltigkeit in der Kranken- und Pflegeversicherung führen sollten. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang beispielsweise an den mit dem Pflegestärkungsgesetz I im Jahr 2015 eingerichteten Pflegevorsorgefonds, der über 20 Jahre mit zusätzlichen 0,1 Beitragssatzpunkten gespeist wird, um zukünftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen abzumildern.

Hinzu kommen negative Selektionseffekte, die von der Änderung des § 260 SGB V ausgehen: mit der Absenkung der gesetzlich zulässigen Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen wird langfristige Finanzplanung und solides Wirtschaften nicht mehr zu stabilen Beiträgen führen, sondern die Wanderungstendenzen der Versicherten erhöhen, da der Abbau der Finanzreserven zu sinkenden Zusatzbeiträgen führen wird und ein entsprechender Zulauf an neuen Mitgliedern zu erwarten ist. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird ja selbst davon gesprochen, dass man kleine Kassen vor starken Änderungen in der Versicherten- und



Risikostruktur schützen müsse. Gleiches gilt aber für alle Kassen, wenn auch nicht in gleichem Ausmaß.

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden stark steigenden Ausgaben, besonders in der Pflegeversicherung, spricht sich der dbb deutlich gegen eine Absenkung der Finanzreserven aus. Aus Sicht des dbb werden kurzfristige Entlastungen für Arbeitgeber und Versicherte mit langfristigen Risiken erkaufte. Eher früher als später wird sich diese Entwicklung in stark steigenden Beiträgen widerspiegeln.

IV. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Die Regelungen der neuen Übergangsvorschrift in § 323 SGB V, wonach die Krankenkassen verpflichtet werden, alle laufenden freiwilligen Mitgliedschaften gemäß § 188 Abs. 4 SGB V zu überprüfen und gegebenenfalls inaktive Mitgliedschaften auszusortieren, sind sicherlich sinnvoll. Auch die Rückführung der aus dem Gesundheitsfonds für diese Mitgliedschaften erhaltenen Zuweisungen ist konsequent. Besonders in Bezug auf die Prüfdienste der Krankenkassen ist der im Entwurf angeführte „vertretbare Verwaltungsaufwand“ jedoch fraglich.

V. Altersrückstellungen der Krankenkassen

Bereits mit dem Sechsten SGB IV Änderungsgesetz wurde den Krankenkassen im Jahr 2016 die Möglichkeit eröffnet, einen Teil ihres Deckungskapitals für Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Mit der vorgesehenen Ausweitung dieser Möglichkeit im Zuge der Angleichung an die Regelungen des Versorgungsrücklagegesetzes wird dieser Maximalanteil nun von zehn auf zwanzig Prozent des Deckungskapitals erhöht. Dies ist aus Sicht des dbb zu begrüßen, wird doch so die Flexibilität gerade in Niedrigzinsphasen erhöht. Die Vorgabe eines passiven, indexorientierten Anlagevehikels ist unter Effizienz- und Sicherheitsaspekten der richtige Weg.