

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

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211--1632
F +49 30 65211--3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 4. Mai 2018

Die Diakonie Deutschland nimmt gemeinsam mit ihrem Fachverband, dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) zum Referentenentwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) Stellung.

A. Allgemeine Bewertung

Die Diakonie Deutschland bewertet den Referentenentwurf zum GKV-VEG auf der Basis ihrer langjährigen Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie setzt sich in ihrer sozialanwaltschaftlichen Arbeit dafür ein, dass die gesamte Bevölkerung unterschiedslos Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung hat.

Zur Diakonie gehören 230 Krankenhäuser und 140 Fach- bzw. Rehabilitationskliniken mit insgesamt über 70.000 Betten bzw. Plätzen. Im Bereich der Altenpflege gehören zur Diakonie 1.400 ambulante Pflegedienste und 1.950 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 265 teilstationäre Angebote, hinzukommen weitere lokale Aktivitäten und Hilfen für ältere Menschen. Die Diakonie arbeitet außerdem für Menschen mit Behinderung, Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit, für benachteiligte Kinder und Jugendliche, psychisch kranke und suchtkranke Menschen und weitere benachteiligte Personengruppen.

Die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung wird von der Diakonie Deutschland begrüßt. Sie stärkt die gemeinsame Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Ebenfalls ist die niedrigere Mindestbeitragsbemessungsgrenze für Selbständige zu begrüßen, da sie Einzelunternehmern mit niedrigen und schwankenden Einkünften die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung erleichtert.

Das Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahlenden wird kritisch bewertet. Zuvor sollte die mittelfristige Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der GKV neu kalkuliert werden. In der vergangenen Legislaturperiode wurden verschiedene Änderungen zur Verbesserung der Versorgung vorgenommen wie z. B. die Schließung der ambulanten Versorgungslücke durch das Krankenhausstrukturgesetz oder verschiedene Änderungen durch das Hospiz- und Palliativgesetz. Hierzu wurden die untergesetzlichen Regelungen teilweise erst im letzten Jahr getroffen, so dass sie jetzt erst zur Umsetzung kommen und dadurch erst zukünftig zunehmend finanzwirksam für die GKV werden. Außerdem sind in dieser Legislaturperiode verschiedenen Verbesserungen erforderlich.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sind für die Überführung der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen in die Finanzverantwortung der GKV ca. drei Milliarden Euro pro Jahr einzukalkulieren. Das Personalsofortprogramm mit den 8000 Stellen deckt davon nur 4 Millionen Euro ab. Zusätzlich sieht der Koalitionsvertrag verschiedene Änderungen vor, wie z.B. die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen und die Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen. Schließlich muss bei den ab Januar 2020 in Kraft tretenden, verbindlichen Mindestanforderungen an die Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik, deren volle Refinanzierung rechtlich abgesichert und gewährleistet werden.

Vor diesem Hintergrund, aber auch angesichts des ungeklärten Aufwands für andere neue Versorgungsaufgaben, ist der finanzielle Spielraum für die geplante gesetzliche Beitragssenkung deutlich enger als angenommen. Zudem darf die Abschmelzung nicht dazu führen, dass es für die Beitragszahlenden zu zusätzlichen Belastungen an anderer Stelle (z. B. Zahlungen bei jedem Arztbesuch) kommt.

Eine Regelung zum Abbau überschüssiger Rücklagen sollte mit der bereits anvisierten Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgestimmt erfolgen.

Kritisch ist weiterhin anzumerken, dass der Gesetzentwurf das Problem der Beitragsschulden einseitig, im Sinne einer Bereinigung (Abbau „fiktiver“ Beitragsschulden“) und realistischeren Buchführung über die vorhandenen *freiwillig* versicherten Mitgliedsbestände bearbeitet (flexibilisierte Nachweismöglichkeiten). Aus Sicht der Diakonie besteht ergänzend dringlicher Handlungsbedarf, den gesetzgeberischen Fokus stärker auf die Versorgungsprobleme zu richten, die durch Beitragsschulden und unzureichenden Versicherungsschutz in der Praxis entstehen. Betroffen sind hier neben freiwillig Versicherten auch *Pflichtversicherte* bzw. *phasenweise Nichtversicherte* bzw. über *private Versicherungen im Notlagentarif nicht ausreichend versicherte Patientengruppen*,

- z.B. für Beziehende von ALG II – Leistungen: Für diese entstehen durch Wohnortwechsel und den damit einhergehenden Wechsel der Zuständigkeit des Jobcenters oft Lücken im Versicherungsverlauf. Für Zeiten der Nichtversicherung werden von den Krankenkassen Nachzahlungen gefordert, sobald sich die Person wieder bei einer Krankenkasse versichert, weil sie sich wieder bei einem Jobcenter angemeldet hat. Ohne Einkommensnachweise wird der höchste Beitragssatz plus Säumniszuschlag veranschlagt, auch für nicht versicherte Monate. Ohne sozialarbeiterische Unterstützung, die oft aus Scham nicht in Anspruch genommen wird, bleiben diese Menschen außerhalb des Versicherungsschutzes.
- oder z. B. Menschen mit sehr niedrigem Einkommen, die einmal in einer privaten Krankenversicherung versichert waren: Diese sind auch unter ALG II Leistungsbezug weiterhin privat über einen sogenannten Notlagentarif versichert – spätestens dann, wenn sie Beitragsschulden bei einer Privatversicherung haben, was unter ALG II Bezug als regelhaft angesehen werden kann. Dieser Notlagentarif ist nicht bedarfsdeckend. Es können nur noch akute Erkrankungen bezahlt werden. Zusätzlich ist das Erstattungsprinzip bei Menschen in schwierigen Lebenssituationen nicht sinnvoll, für erbrachte ärztliche Leistungen wird die Kostenübernahme verweigert, finanzielle Vorleistung ist oft nicht möglich etc.

Auch für diese (und weitere) Patientengruppen gilt es, gesetzlich hinsichtlich bestehender Beitragsschulden nachzujustieren, um einen ungehinderten Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

B. Bewertung einzelner Änderungen im SGB V:

§ 10 Absatz 1 Satz 3: Familienversicherung

Hier soll die Ende 2018 auslaufende Sonderregelung für Tagespflegepersonen, die bisher eine beitragsfreie Familienversicherung ermöglicht hat, wenn keine hauptamtliche Selbstständigkeit angenommen wurde, gestrichen werden.

Bewertung: Diese Änderung wird abgelehnt. Die Ausnahmeregelung sollte verlängert werden. Sie ist angesichts der geringen Vergütung, die Tagespflegepersonen erhalten, weiter sinnvoll und angebracht. Sollte die Regelung entfallen, werden sich Tagespflegepersonen sehr genau ausrechnen müssen, ob sich das geringe Einkommen das sie in der Regel erzielen noch lohnt, im Verhältnis zu einer eigenständigen Versicherungspflicht. Da die Tagespflege zur Sicherung der Kindertagesbetreuung nach wie vor unerlässlich ist, um den Bedarf von Eltern mit Kindern abzudecken, wäre eine Beendigung der Sonderregelung auch ein gravierender Rückschritt beim Ausbau der Kindertagesbetreuung. Dies gilt für Tagespflegepersonen, die max. bis zu 5 Kinder betreuen. Großtagespflegestellen sind anders zu bewerten, hier macht die eigenständige Versicherungspflicht Sinn.

§ 171e Absatz 2a Satz 2: Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

Bisher konnten die Krankenkassen einen begrenzten Anteil des Deckungskapitals (10%) in Aktien anlegen. Für Versorgungsrücklagen und den Versorgungsfonds des Bundes wurde 2017 ein einheitlicher Aktienanteil von 20% eingeführt. Die Änderung entspricht einer Angleichung.

Bewertung: 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.

§188: Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft und

§ 191: Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Gegenwärtig werden freiwillige Kassenmitgliedschaften nach der obligatorischen Anschlussversicherung auch bei nicht vorhandener Mitwirkung des Versicherten im Zweifel fortgeführt, auch wenn die Krankenkasse nicht klären konnte, ob das Mitglied ins Ausland verzogen ist. Zukünftig soll dies nicht mehr der Fall sein. Es soll neu das Territorialitätsprinzip eingeführt werden, nach dem die Mitgliedschaft von Personen, die ihre Beiträge nicht zahlen und deren Wohnsitz nicht ermittelt werden konnte, von den Kassen beendet werden kann. Nach einem zweimonatigen Beitragsrückstand soll die Kasse schriftlich auf die Möglichkeiten von Sozialleistungen hinweisen.

Bewertung: Mit der Neuregelung wird bezweckt, dass Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an Krankenkassen für „virtuelle“ Mitglieder, die weder Beiträge zahlen noch Leistungen in Anspruch nehmen, minimiert werden. Auch fiktive Beitragsrückstände unbekannt verzogener Mitglieder können so nicht wie bisher angehäuft werden. Dies ist zu begrüßen.

Es muss jedoch ausgeschlossen werden, dass durch diese Regelung der Versicherungsschutz von Personengruppen gefährdet ist, die z.B. krankheitsbedingt zeitweilig nicht in der Lage sind, sich um

ihre sozialrechtlichen Angelegenheiten zu kümmern. Zu denken ist etwa an psychisch erkrankte Menschen, die sich für einige Zeit allen Kontakten entziehen und nicht auffindbar oder ansprechbar sind.

Der vorgesehene verpflichtende Hinweis der Kassen an beitrags säumige Mitglieder über Unterstützungsmöglichkeiten durch Sozialleistungsträger ist hier ein Schritt in die richtige Richtung, dürfte jedoch bei manchen benachteiligten Zielgruppen zu kurz greifen. Hier sind zusätzliche Maßnahmen nötig.

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

- a) Absatz 1: Durch die Neuregelung sollen freiwillige Kassenmitglieder stärker verpflichtet werden, beitragspflichtige Einnahmen nachzuweisen. Andererseits soll die Frist zum rückwirkenden Nachweis geringerer Einkünfte nach Zwangsfestsetzung von Höchstbeiträgen von 3 auf 12 Monate verlängert werden. Auch Anhaltspunkte für das Vorliegen von Bedürftigkeit (z.B. Grundsicherung) sollen zukünftig eine Absenkung der festgesetzten Beiträge durch die Kassen ermöglichen.
- b) Absatz 4: Die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für Selbstständige soll nahezu halbiert und auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße gesenkt werden.

Bewertung: 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.

Die Diakonie fordert zusätzlich, 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:

„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.“

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.

§ 242: Zusatzbeitrag

Krankenkassen sollen zukünftig ihre Zusatzbeiträge nicht anheben dürfen, wenn ihre Rücklagen einen festgesetzten Höchstsatz überschreiten.

Bewertung: Die Diakonie begrüßt diese Regelung. Sie schützt die Versicherten vor ungerechtfertigten Beitragserhöhungen.

**§ 249: Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung
und**

**§ 249a: Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug
und**

§ 257: Beitragszuschüsse für Beschäftigte

Zurzeit zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Krankenkassenbeitrag nicht zu gleichen Teilen. Beide tragen zwar den allgemeinen Beitrag in Höhe von 14,6 Prozent des Gehalts jeweils zur Hälfte, der Zusatzbeitrag in Höhe von derzeit ca. 1%, den fast alle Krankenkassen erheben, wird aber von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen alleine gezahlt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen sich zukünftig auch den Zusatzbeitrag hälftig teilen. Auch für Rentner wird die paritätische Finanzierung wieder hergestellt, die Rentenversicherungsträger sind einbezogen.

Bewertung: Die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung entspricht einer langjährigen diakonischen Forderung und wird ausdrücklich begrüßt. Die Arbeitnehmerseite hat ungerechtfertigter Weise in den Vorjahren anteilig zu viel Beiträge gezahlt. Insofern erscheint auch die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Entlastung der Versicherten durch den Abbau von Rücklagen als grundsätzlich richtig. Es sollte aber vor Abbau der Rücklagen im Zuge der von der Diakonie empfohlenen Neukalkulation mittelfristiger Entwicklungen der Einnahmen und Ausgaben in der GKV abgewogen werden, ob diese anteilig erfolgen kann und weitere Rücklagen-Mittel an bisher nicht ausfinanzierte GKV-Bereiche transferiert werden können.

§ 260: Betriebsmittel

Die Krankenkassen sollen zukünftig innerhalb von drei Jahren ihre Rücklagen abbauen, über Beitragssenkungen, neue Leistungen oder Prämien sollen die Versicherten entlastet werden. Es soll eine Obergrenze für die Finanzreserven, in Höhe des 1,0 fachen der durchschnittlichen Monatsausgaben nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse eingeführt werden. Für kleine Kassen sollen Sonderregelungen ermöglicht werden.

Bewertung: Im Jahr 2017 haben die Kassen Reserven von insgesamt 19,2 Milliarden Euro angehäuft. Laut Ministerium könnten die Kassen ihre Beiträge im Schnitt um 0,3 Prozentpunkte absenken und hätten dann immer noch das Vierfache der bislang vorgeschriebenen Mindestrücklage. Aus Sicht der Diakonie sollten solche Anhäufungen vorrangig dazu motivieren, Geld bspw. in die sozialpolitische Infrastruktur zu investieren. Leistungen, für die ein sozialrechtlicher Anspruch besteht, die allerdings aufgrund knapper Reserven bisher nicht finanziert wurden, sollten von diesen Überschüssen finanziert werden. Hier ist v.a. an Leistungen zu denken, bei denen die Kassen bewilligen bzw. einen Ermessensspielraum haben.

Denn trotz des gut ausgebauten Gesundheitssystems bestehen gegenwärtig Umsetzungsdefizite, verschiedene Gruppen von Menschen werden nicht oder nicht ausreichend versorgt. Zu denken ist insbesondere an die Versorgung im ländlichen Raum oder an Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die keine oder keine koordinierten Hilfen erhalten (z.B. alte multimorbide Menschen, Menschen mit Behinderungen, Teilgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen, die in Armut leben bzw. Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Abhängigkeitserkrankungen). Für diese Personengruppen fordert die Diakonie in ihrer sozialanwaltschaftlichen Funktion - zum Teil langjährig - einen besseren Zugang zu Leistungen. Seit Jahren bekannte Umsetzungsdefizite bestehen etwa:

- beim Aufbau von Lebenslagen-bezogenen Präventionsangeboten;
- bei der Soziotherapie;
- bei der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie sowie der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen;
- bei der Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in der psychiatrischen Versorgung;
- bei der Zulassung und dem Aufbau von Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB);
- bei der medizinischen Rehabilitation von Müttern und Vätern in den Einrichtungen des Müttergenesungswerks, die nur noch in verhältnismäßig geringem Umfang stattfindet;
- bei der mobilen Rehabilitation;
- bei Behandlungspflegeleistungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe;
- bei der häuslichen Krankenpflege für psychisch erkrankte Menschen;
- bei psychotherapeutischen Behandlungsangeboten:

(Bei der Psychotherapie besteht nach einer aktuellen Studie eine durchschnittliche Wartezeit von der ersten Anfrage bis zum Beginn einer Behandlung von 20 Wochen. Hier ist eine Reform der Bedarfsplanung umgehend erforderlich, um die rechtlich gebotene Gleichstellung von psychisch kranken und somatisch kranken Menschen umzusetzen. Von der psychotherapeutischen Unterversorgung sind bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise chronisch psychisch kranke Menschen, Menschen mit Behinderung und auch geflüchtete Menschen besonders betroffen.¹⁾

- aber auch bei Satzungsleistungen.

Hinzu kommen Leistungen, die fachlich dringend wünschenswert sind, aber bisher nicht Eingang in den Leistungskatalog der GKV bzw. die Systementwicklung finden konnten, wie etwa die Fallbegleitung von Menschen mit komplexen Bedarfen oder die Vergütung von sektorenübergreifender Vernetzungs- und Kooperationsarbeit.

Die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, dort vermehrt auszufinanzieren, wo gegenwärtig restriktive Kostenübernahmen, fehlende Investitionen in regionalen Strukturaufbau etc. die Einlösung bestehender Leistungsansprüche von Versicherten verhindern. Zusätzlich sollte über eine Entlastung bei vorhandenen Zuzahlungen (insbesondere für Menschen mit Behinderung oder chronisch kranke Menschen) nachgedacht werden.

Schließlich ist zu befürchten, dass der Abbau von Rücklagen einen gesteigerten Preiswettbewerb der Krankenkassen, um gesunde Versicherte nach sich zieht. Es ist zu vermeiden, dass die Versicherten am Ende durch einzelne Zusatzbeiträge die Kosten auffangen müssen, ähnliche Probleme gab es bei der Abschaffung der Praxisgebühr.

Grundsätzlich sieht die Diakonie Deutschland den politisch gewollten Preiswettbewerb unter den Krankenkassen kritisch. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte als Qualitäts-, aber nicht als Preiswettbewerb zu gestalten. Wahltarife, Selbstbehalte und Zusatzleistungen sind keine geeigneten Wettbewerbsparameter.

¹ Ein konkretes Beispiel ist die gegenwärtige Unmöglichkeit, Psychotherapeutesitze in Einrichtungen zu bekommen, für Menschen, die von den üblichen Psychotherapeuten abgelehnt werden und für die niederschwellige Zugangsmöglichkeiten benötigt werden.

Gesundheitspolitisch werden derzeit insgesamt wettbewerbliche Steuerungselemente überbetont, was bereits jetzt Fehlentwicklungen mit sich bringt: die gegenwärtige wettbewerbliche Orientierung der Krankenkassen führt zu politischen Verantwortungslücken. In der Konsequenz werden Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen oftmals nicht gezielt auf Patientengruppen mit den höchsten Bedarfen ausgerichtet, die Bewilligungspraxis der Kostenträger erschwert den Akteuren vor Ort oftmals die Wahrnehmung einer umfassenden populationsbezogenen Versorgungsverantwortung eher als dass sie diese befördert. Seit Jahren weist die Diakonie, wie viele andere Akteure auf die damit verbundenen Probleme hin, zum Beispiel der Überversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung, auf die Fragmentierung von Angeboten, die Überbewertung von Technologien im Verhältnis zur personalen Zuwendung zum kranken Menschen.

Die Diakonie spricht sich deshalb für eine zielgerichtete und verbindlichere fachlich orientierte Gesundheitspolitik und die Begrenzung wettbewerblicher Instrumente aus. Vor allem argumentiert sie gegen eine Ausweitung des Selektivvertragsrechts, für eine Stärkung des Solidargedankens in einem reformierten Krankenversicherungsmarkt und den Abbau von Zugangsbarrieren zur Krankenversorgung. Die Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen haben ein Ausmaß erreicht, das insbesondere für arme Menschen mit chronischen Erkrankungen beziehungsweise mit Behinderung nicht mehr erträglich ist.

§ 271: Gesundheitsfonds

Durch die Neuregelung werden überschüssige Mittel im Gesundheitsfonds in Form von Beitragsenkungen an die Versicherten rückgeführt.

Bewertung: Die Neuregelung wird begrüßt, da sie die Versicherten entlastet, ohne die Versorgung zu gefährden.

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

Mit diesem neuen Paragraphen soll eine Übergangsregelung geschaffen werden, mit dem Ziel, den Bestand freiwillig versicherter Mitglieder, die bisher nach der obligaten Anschlussversicherung versichert sind, entsprechend der o.g. Neuregelungen nach dem Territorialitätsprinzip zu bereinigen. Über dem bereinigten Bestand liegende Zuweisungen an den Gesundheitsfonds sind zukünftig zurückzuzahlen.

Bewertung: Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass zukünftig über die tatsächlich versorgte Mitgliederzahl hinaus empfangene Zuschüsse an die Kassen aus dem Gesundheitsfonds an diesen rückgezahlt werden sollen. Zu vermeiden ist eine erneute Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen, die ihren Mitwirkungspflichten und den Kriterien des Territorialitätsprinzips aufgrund ihrer prekären Lebenslage nicht nachkommen können, s.o. Auch hier muss sichergestellt werden, dass diese Menschen einen ungehinderten Zugang zum Gesundheitswesen haben.