



**Gewerkschaft der  
Sozialversicherung**

Bundesgeschäftsstelle  
Müldorfer Straße 23  
53229 Bonn

4. Mai 2018

**Stellungnahme**  
**der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)**  
**zu dem Referentenentwurf eines**  
**Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in**  
**der Gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)**

## **Allgemeine Bewertung**

Mit dem vorgelegten Entwurf strebt der Gesetzgeber eine Entlastung der Versicherten bei den Krankenversicherungsbeiträgen an. Insbesondere durch die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrages wird eine jahrelang bestehende Fehlkonstruktion korrigiert. Die weiteren Neuregelungen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes sieht die GdS jedoch differenzierter. Vor allem das geplante Abschmelzen von Finanzreserven der Krankenkassen ist aus verschiedenen Gründen überaus kritisch zu bewerten.

## **Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs**

### **I. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages**

Bisher wurde der kassenindividuelle Zusatzbeitrag allein von den Beschäftigten gezahlt. Im Jahr 2018 liegt er bei einem Prozent. Schon lange fordert die GdS vom Gesetzgeber, endlich von dieser für die Beschäftigten und Rentnerinnen und Rentner ungünstigen Regelung abzurücken und zur paritätischen Finanzierung des Zusatzbei-

trages zurückzukehren. Die Neuregelung des § 249 Abs. 3 SGB V, wonach nun auch der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz jeweils zur Hälfte von Beschäftigten und Arbeitgebern zu tragen ist, ist somit vollumfänglich zu begrüßen. Die gerechte Lastenverteilung wird so wiederhergestellt und eine einseitige und unfaire Belastung der Beschäftigten rückgängig gemacht. Im bevorstehenden Gesetzgebungsprozess ist insbesondere an der Formulierung „kassenindividueller Zusatzbeitragssatz“ und am Zeitpunkt 1. Januar 2019 festzuhalten.

Kritisch hingegen sieht die GdS, dass auch weiterhin Gesundheitskosten wie Zuzahlungen für Arzneimittel oder für Krankenhausaufenthalte allein von den Versicherten übernommen werden müssen. Diese Kosten, die für viele Versicherte finanziell enorm belastend sind, sollten ebenfalls paritätisch von Arbeitgebern und Beschäftigten finanziert werden.

## **II. Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige**

In den letzten Jahren stiegen die Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung stark an. Allein im vergangenen Jahr erhöhten sich die Beitragsschulden um rund zwei Milliarden Euro auf 8,2 Milliarden Euro. Einer der Gründe für die steigenden Schulden ist unter anderem die im vorliegenden Entwurf erwähnte Überforderung von gesetzlich krankenversicherten Kleinunternehmern durch die Höhe der Beiträge. Diese werden auf Basis einer Mindestbemessungsgrundlage festgelegt, die 2018 bei 2.284 Euro liegt. Viele selbstständige Kleinunternehmer verdienen jedoch weniger als 2.284 Euro und sind von den daraus resultierenden Krankenkassenbeiträgen finanziell überfordert. Hier setzt der Gesetzentwurf an, in dem eine Reduzierung der Mindestbemessungsgrundlage um die Hälfte vorgesehen ist.

Die GdS begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, Kleinunternehmer vor finanziellen Überforderungen zu schützen. Die vorgeschlagene Reduzierung der Mindestbemessungsgrundlage um die Hälfte erscheint geeignet, kleine Selbstständige wirksam zu entlasten und die besorgniserregende Entwicklung der Beitragsschulden in der GKV positiv zu beeinflussen. Beachtet werden muss allerdings, dass die Neuregelung missbrauchssicher formuliert wird und Wettbewerbsverzerrungen für Selbstständige vermieden werden. Grundsätzlich muss die Frage erlaubt sein, ob es sich bei der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge für Solo-Selbstständige – deren Geschäftsmodell politisch gewollt ist – nicht um eine gesamtgesellschaftliche und somit aus Steuern zu finanzierende Aufgabe handelt.

## **III. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden**

Neben freiwillig versicherten Kleinunternehmern stellen ungeklärte Mitgliedschaften bei den Krankenkassen einen Hauptgrund für den Anstieg der Beitragsschulden in den vergangenen Jahren dar. Der vorliegende Entwurf soll deshalb Beendigungstat-

bestände für freiwillige Mitgliedschaften in der obligatorischen Anschlussversicherung schaffen, wenn der Verbleib von Mitgliedern ungeklärt ist. Die Mitgliederbestände der Krankenkassen sollen um „ungeklärte passive“ Mitgliedschaften bereinigt werden, und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für aufzuhebende Mitgliedschaften sollen von den Kassen zurückgezahlt werden.

Aus Sicht der GdS ist es sinnvoll, Mitglieder aus den Beständen auszusortieren, die keine Leistungen in Anspruch nehmen und keine Beiträge zahlen. Dazu zählen häufig Saisonarbeiter, die sich nur temporär in Deutschland aufhalten, oder Personen, die wohnungslos werden und nicht mehr auf die Kontaktaufnahme durch Behörden reagieren. Dass Kassen für diese „Karteileichen“ noch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, ist aus Sicht der Beitragszahler nicht nachzuvollziehen. Allerdings muss auch ins Auge gefasst werden, wie eine solche Maßnahme umgesetzt wird und welche Konsequenzen dies für die finanzielle Planung der Krankenkassen hätte. Eine Überforderung von Kassen, die sich bisher stets rechtskonform verhalten haben, ist deshalb zu vermeiden.

Zu der in § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgesehenen Neuregelung stellt die GdS fest: Hier wäre eine längere Rückwirkung als die geplanten zwölf Monate wünschenswert, um Beitragsbescheide bei entsprechenden Nachweisen aufzuheben. In der Praxis hat sich gezeigt, dass einige Versicherte aus unterschiedlichen Gründen erst bei der Zwangsvollstreckung der Beitragsbescheide entsprechende Nachweise vorlegen (können). Da sich aber bedingt durch die Festsetzung der Höchstbeiträge bereits enorme Rückstände aufgebaut haben, ist es häufig nicht realistisch, dass diese beispielsweise durch Ratenzahlungen rückgeführt werden können. Um die Rückführung zu erleichtern, plädiert die GdS deshalb für eine bis zu 18 Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung.

#### **IV. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler**

Mit den Neuregelungen in § 260 SGB V strebt der Gesetzgeber angesichts der Entwicklungen der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen an, Finanzreserven abzubauen und den Zusatzbeitrag abzusenken. Konkret soll die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen von 1,5 auf eine durchschnittliche Monatsausgabe abgesenkt werden. Krankenkassen, die diese Grenze an Finanzreserven überschreiten, sollen durch eine Absenkung des Zusatzbeitrages ihre Reserven abbauen.

Die vorgesehene Neuregelung ist aus Sicht der GdS aus mehreren Gründen nicht nachvollziehbar. Im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitspolitik ist eine Reduzierung des vertretbaren finanziellen Spielraums von 1,5 Monatsausgaben um ein Drittel auf eine Monatsausgabe zu kritisieren. Der GKV stehen, u. a. durch den vorliegenden Gesetzentwurf, weitere Kostensteigerungen bevor. Gerade auch im Bereich der Pflege und der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum kommen kostenintensive

Maßnahmen auf das System zu, die zu einem guten Teil schon beschlossen worden sind. Auch vor dem Hintergrund der Gefahr einer sich eintrübenden wirtschaftlichen Stimmung sollten die Finanzreserven der Krankenkassen nicht zu gering gehalten werden. Dies gilt auch für Ausnahmesituationen, wie z. B. Epidemien.

Zu beachten ist zudem, was der vom Gesetzgeber erwünschte Effekt eines sinkenden Zusatzbeitrages für mittel- und langfristige Auswirkungen hat. Schon heute erheben viele Kassen, die über besonders hohe Rücklagen verfügen, zumeist auch geringe Zusatzbeiträge. Wenn diese Kassen nun gesetzlich dazu gezwungen werden, ihren Zusatzbeitrag noch weiter zu senken, dürfte sich ihre Marktmacht noch weiter vergrößern. Die Gefahr eines „Kassensterbens“ könnte eine Konsequenz sein. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber zwar einen Wettbewerb unter den Kassen wünscht, dieser Wettbewerb aber nicht ausschließlich über die Höhe des Zusatzbeitrages ausgetragen werden soll. Genau diese Gefahr besteht allerdings mit den hier vorgesehenen Neuregelungen.

Mit der Neujustierung von § 260 SGB V könnten zudem Anreize für Kassen geschaffen werden, ihre Finanzreserven künstlich klein zu halten, beispielsweise durch das Outsourcing von Verwaltungsaufgaben oder die Beauftragung von Dienstleistern. Im Sinne der Beschäftigten in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dies dringend zu verhindern.

Die GdS kritisiert darüber hinaus, dass in die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen eingegriffen und die Entscheidungsbefugnis der Selbstverwaltung beschnitten wird. Die durch die Sozialwahlen demokratisch legitimierten Verwaltungsräte erleiden so einen Bedeutungsverlust. Dem ist dringend entgegenzuwirken.

## **V. Altersrückstellungen der Krankenkassen**

Der Gesetzgeber eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, einen höheren Anteil ihrer Altersrückstellungen in Aktien anzulegen. Der Anteil soll von zehn auf 20 Prozent erhöht werden. Angesichts der derzeitigen Zinssituation ist dieses Vorhaben zu begrüßen.