



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Referentenentwurf

Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

**zur Erörterung des
Bundesministeriums für Gesundheit**

am 7. Mai 2018

Berlin, 04.05.2018

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Ziele und Lösungen

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder paritätisch getragen und die Beitragsbelastung der Selbstständigen mit geringem Einkommen spürbar gesenkt, Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt und ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen für Beitragssenkungen genutzt werden.

Allgemeine Bewertung

Die GKV in Deutschland ist wichtiger Bestandteil unseres Sozialstaates. Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge, die Krankenkassen nehmen Aufgaben im Auftrag des Staates wahr und sollen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Die paritätische Finanzierung ist in Deutschland die Grundlage der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Versicherten. Beide haben ein Interesse, Gesundheit zu fördern und Krankheitskosten zu vermeiden.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat immer kritisiert, dass infolge der Debatte um den vermeintlichen Wettbewerbsnachteil deutscher Unternehmen aufgrund angeblich zu hoher „Lohnnebenkosten“ durch Sozialversicherungsbeiträge in der GKV der Arbeitgeberbeitrag seit Januar 2015 bei 7,3 Prozentpunkten eingefroren und die paritätische Finanzierung faktisch abgeschafft wurde. Somit müssen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen allein von den Versicherten über Zusatzbeiträge getragen werden.

Allein im Jahr 2018 sind es nach den Zahlen des Bundesversicherungsamts und der Bundesregierung rund 14 Mrd. Euro, nach den Zahlen der Krankenkassen über 15 Mrd. Euro, die die Krankenkassen nur über Zusatzbeiträge decken können, da die Arbeitgeber einseitig entlastet wurden.

ver.di begrüßt ausdrücklich die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung über die entsprechende Beteiligung der Arbeitgeber an den Zusatzbeiträgen.

Perspektivisch muss die Einführung einer Bürgerversicherung erfolgen, um die Finanzierung der zukünftig erheblich steigenden Versorgungsbedarfe einschließlich erforderlicher Innovationen zu sichern und somit eine verlässliche Versorgung aller auf hohem Niveau zu garantieren.

Durch eine Reform und Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds bzw. des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) muss gewährleistet werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihren Auftrag, nämlich die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, vollumfänglich finanzieren können und nicht aufgrund gesetzlicher Eingriffe Einschnitte im Leistungsspektrum zu Lasten der Versicherten vornehmen müssen.

Eine Abschmelzung der Rücklagen, die isoliert und unabhängig von der Weiterentwicklung des RSA vorgenommen wird, ist nicht zielführend und kann sich auf einzelne Kassen negativ auswirken.

Zudem sind die Maßnahmen, die sich aus dem Koalitionsvertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität, z. B. die zur besseren Finanzierung der Pflege, ableiten, zügig und konsequent umzusetzen, bevor Krankenkassen Rücklagen durch Senkungen beim Zusatzbeitrag abbauen.

Es geht darum, die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfähig zu gestalten und eine gute medizinische Versorgung auf Basis des medizinischen Fortschritts zu garantieren. Hieran misst ver.di den vorgelegten Referentenentwurf.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nr. 2 Vermögensanlage

Die vorgesehene Regelung zum Deckungskapital stellt eine Angleichung mit den Regelungen des geltenden Versorgungsrücklagengesetzes des Bundes in der Höhe und den Anforderungen nach der Anlageform her und wird von ver.di begrüßt.

Zu Artikel 1 Nr. 3, 4, 5 a und 13 Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

ver.di befürwortet grundsätzlich den Auftrag an die Krankenkassen, ihre Mitgliederbestände vor dem Hintergrund der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinsichtlich ungeklärter passiver Mitgliederbestände und damit verbundener Beitragsschulden zu be-

reinigen. Allerdings muss gewährleistet werden, dass die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen, die an den Gesundheitsfonds zurückgehen, entsprechend eines überarbeiteten, weiterentwickelten und gerechteren Verteilungsschlüssels, den Krankenkassen mit risikostärkerer Versichertenstruktur und möglicher Unterdeckung zuteilwerden.

Aufgrund des Beitragseinzugsverfahrens der Arbeitgeber können zumeist nur Selbstzahler in Rückstand geraten. Vor allem gering verdienende Selbstständige, insbesondere Solo-Selbstständige, deren Zahl hat aufgrund der konjunkturellen Krise zur Jahrtausendwende deutlich zugenommen hatte, sind davon betroffen. Die Solidargemeinschaft ist grundsätzlich von den Auswirkungen der staatlichen Struktur- und Arbeitsmarktpolitik zu entlasten. Alternativ zu den vorgeschlagenen Regelungen ist deshalb zu prüfen, den Staat über Steuerzuschüsse für entstandene Beitragsschulden, die nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen eingezogen werden können, als Ausfallbürge einzusetzen.

Zu Artikel 1 Nr. 5 b Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, in der rund 30.000 selbstständig Erwerbstätige organisiert sind, begrüßt die geplante, seit langem geforderte Änderung des § 240 SGB V als einen ersten Schritt, dem durch die Arbeitsmarktpolitik der vergangenen Jahre verursacht und durch die Digitalisierung absehbaren Anstieg prekarisierter Selbstständigkeit mindestens einen adäquaten sozialpolitischen Rahmen zu schaffen.

Diese Änderung stärkt das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherungen, da diese nun den Selbstständigen – insbesondere in der Gründungsphase – gegenüber den privatwirtschaftlichen Versicherungen wettbewerbsfähige Beiträge bieten kann.

Es ist zu erwarten, dass die freiwillig versicherten Selbstständigen in dem Einkommenskorrridor zwischen (2018) 1.142 Euro und 2.284 Euro mit der Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vom vierzigsten auf den achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße ihrer Zahlungspflicht deutlich verstärkt nachkommen werden können – und damit ein Anwachsen des in den vergangenen Jahren entstandenen Beitragsrückstands verhindert wird. Dies gilt insbesondere im Zusammenspiel mit dem im April 2017 in Kraft getretenen Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, durch das die Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ab 2018 rückwirkend an die Einkommensentwicklung angepasst werden können.

Durch die geplante auf alle hauptberuflich Selbstständigen anzuwendende Absenkung werden zudem Existenzgründer/Innen zusätzlich entlastet und damit zur Gründung ermutigt. Für zahlreiche gering verdienende Selbstständige entfällt die – für Erwerbstätige entwürdigende, da unter anderem auf die Bedarfsgemeinschaft abzielende – Bedürftigkeitsprüfung.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft sieht über die jetzt geplante Änderung des § 240 weiteren Handlungsbedarf. Wir setzen uns dafür ein,

- dass Selbstständige Krankenversicherungsbeiträge wie Arbeitnehmer/Innen zahlen. Das heißt: als Bemessungsgrundlage ist das reale Erwerbseinkommen heranzuziehen.
- dass im Falle des Beitragsrückstandes eingehende Beiträge zuerst den laufenden Versicherungsschutz decken.
- dass die gesetzliche Krankenversicherung für alle Selbstständigen Krankengeldleistungen ab dem 43. Tag als Standard vorsieht.
- zu prüfen, inwieweit Auftraggeber zur Beteiligung an den Kosten der Sozialversicherungsbeiträge herangezogen werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 7 – 9 Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages

ver.di begrüßt ausdrücklich die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung. Dies entspricht der langjährigen ver.di-Forderung. Die Rückkehr zur Parität folgt dem Grundgedanken des Solidaritätsprinzips: „Jedem das, was er benötigt und jeder, was er leisten kann“. Durch die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung wird nun wieder eine sozial gerechte Verteilung des zu leistenden Beitrages zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Arbeitgeber und Beschäftigte gewährleistet.

Durch die vorgesehene damit in Verbindung zu setzende Anpassung der §§ 249 und 249 a profitieren auch die Rentnerinnen und Rentner von der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrags. Insbesondere mit Blick auf drohende Altersarmut ist diese Form der Entlastung ausdrücklich zu begrüßen.

Der Referentenentwurf beschreibt einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Das System der GKV befindet sich dennoch weiterhin in einer Schieflage, da in der Vergangenheit durch Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen private Haushalte übermäßig belastet worden sind.

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung kann lediglich ein wichtiger Baustein im Rahmen der Diskussion über die Entwicklung des Zusatzbeitrags sein. Wichtig ist ebenfalls, die Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV sowie die Weiterentwicklung des bereits mehrfach modifizierten Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in den Blick zu nehmen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 – 12 Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Die Versicherten haben seit der Abschaffung der paritätischen Finanzierung über die Zusatzbeiträge zu einem großen Anteil an den gebildeten hohen Rücklagen beigetragen. Ein Abschmelzen der Rücklagen über reduzierte Zusatzbeiträge würde ein Kick-back-Geschäft zu Lasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darstellen. Die Arbeitgeber profitieren von dem Abschmelzen, obwohl sie sich nicht über Zusatzbeiträge am Aufbau von Rücklagen beteiligt haben.

Eine Abschmelzung der Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler über erzwungene Absenkung der Zusatzbeiträge ist keine langfristig durchdachte Option. Im Koalitionsvertrag haben sich die Regierungspartner auf verschiedene notwendige Maßnahmen verständigt. Sie sehen eine verbesserte pflegerische Versorgung durch 8.000 zusätzliche Pflegefachkräfte für die medizinische Behandlungspflege, durch Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Krankenhausabteilungen und durch die Herausnahme der Pflegepersonalkostenvergütung aus dem Fallpauschalensystem sowie einer vollständigen Refinanzierung der Tarifierhöhungen vor. Zusammen mit der Reduzierung der Mindestbeitragsgrenze für Selbstständige werden diese Maßnahmen von ver.di ausdrücklich begrüßt. Sie müssen konsequent und zügig umgesetzt werden. Bisher wurden

die Vereinbarungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität noch nicht finanziell hinterlegt, bei wirksamer Umsetzung werden sie entsprechende Erhöhungen bei den Ausgaben der GKV zur Folge haben, die beitragsatzrelevant sein werden. Hinzu kommen die Maßnahmen zur Reduzierung der Beitragsschulden durch Bereinigung des Mitgliederbestandes entsprechend des vorliegenden Referentenentwurfs. Außerdem sind Kostensteigerungen durch eine höhere Inanspruchnahme von GKV-Leistungen aufgrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und Innovationen nicht ausgeschlossen. Mit den Maßnahmen würden nur kurzfristige Beitragssatzsenkungen erreicht, welche die geplanten Verbesserungen für die pflegerische Versorgung konterkarieren. ver.di spricht sich deshalb gegen die kurzfristigen Beitragssatzsenkungen aus. Die vorgesehenen Regelungen sind zu streichen.

Das Vorhaben der Abschmelzung von Rücklagen stellt grundsätzlich einen massiven Eingriff in die Selbstverwaltung dar, die über die Zusatzbeiträge bis hin zur Art und Höhe der Zusatzleistungen der Kasse entscheidet.

Das im Zusammenhang mit der Begründung zu § 260 SGB V und neu geplanten Ist-Regelung aufgeführte Urteil des BSG aus dem Jahr 1982 geht noch von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung aus und somit von zum Teil anderen Grundvoraussetzungen. Die einzig nachvollziehbare Verknüpfung zwischen dem Urteil und der vorliegenden Begründung zum Entwurf des GKV-VEG liegt darin, dass nach dem Urteil Rücklagen auch zu den Betriebsmitteln zu zählen sind. Allerdings ist die aktuelle Fassung des § 260 Abs. 2 SGB V im Gesetz von 1994 entstanden. Hierzu will der vorliegende Referentenentwurf eine Änderung in der bisherigen Regelung vornehmen. Dabei bleibt zu klären, inwieweit die geplante Änderung der zulässigen Obergrenzen für die Finanzreserve einen verfassungsrechtlichen Eingriff darstellt – auch wenn die Obergrenze nicht abgeschafft wird, so wird sie einseitig durch den Gesetzgeber gekürzt.

Würden die Regelungen des vorliegenden Referentenentwurfs zur Anwendung kommen, ohne weitere Maßnahmen - wie die Korrektur des Berechnungsschlüssels für die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds – zu berücksichtigen, würden

- a) die Beiträge nur kurzfristig gesenkt werden können und
- b) es würde zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Versicherten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen kommen.

Es besteht die Vermutung, dass die Krankenkassen mit hoher Rücklage ihre Beiträge massiv senken werden, um Rückzahlungen an den Fonds zu vermeiden. Das wiederum führt zu einer Verschärfung der Wettbewerbssituation zu Lasten der Versicherten, weil sich die Abstände der Beiträge zu den jeweiligen Krankenkassen und Kassenarten weiter auseinander entwickeln werden und somit der Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb forciert wird. Die Krankenkassen mit geringen Rücklagen wären gezwungen, ihre Zusatzleistungen weiter zu überprüfen und ggf. zu reduzieren, was letztlich zu Lasten der Versicherten geht, ohne die grundlegenden Ursachen für die unterschiedlichen Reserven zu klären. Ein Wettbewerb um unterschiedliche Leistungsangebote verschärft Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung.

Die hohen Rücklagen bei einzelnen gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse erwirtschaftet worden. Vielmehr liegt die Ursache in der Fehlfunktion des Finanzierungssystems. Es kommt darauf an, diese Ursache der Mittelfehlverteilung aus dem Gesundheitsfonds zu korrigieren. Solange die Fehlverteilung nicht behoben und der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nicht weiterentwickelt bzw. reformiert ist, wird es weiterhin bei einer Verteilung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds bleiben, die auch in Zukunft Kassen aufgrund ihrer Versichertenstruktur überproportional bevorteilt oder eben benachteiligt. Dieser Umstand ändert sich nicht durch die Rückführung der überschüssigen Mittel an den Gesundheitsfonds. Denn in der Folge würden dann bei unverändertem Verteilungsschlüssel die Kassen mit positiver Versichertenstruktur und den damit verbundenen im Verhältnis niedrigeren Leistungsausgaben wieder überproportionale Zuweisungen erhalten. Würden mit den in den Gesundheitsfonds zurückfließenden überschüssigen Mitteln die Kas-

sen mit Unterdeckung unterstützt werden oder es eine Umverteilung in die Pflegeversicherung geben, könnte das Solidarprinzip der Sozialversicherung gestärkt werden. Auch hier bedarf es aber einer Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds/Morbi-RSA.

Der RSA wurde seinerzeit eingeführt, um das Problem der Risikoselektion zu mindern, in dem Krankenversicherer mit einer „guten“ Risikostruktur ihrer Versicherten Ausgleichszahlungen an Versicherer mit einer „schlechten“ Risikostruktur leisten bzw. jene mit einer „guten“ Risikostruktur geringere Zuweisungen von einer zentralen Stelle als solche mit einer „schlechten“ Risikostruktur erhalten. Zielsetzung des RSA und des Gesundheitsfonds war neben der Frage der Schaffung eines Wettbewerbsrahmens, ein Ausgleich der Nachteile, die sich durch unterschiedliche Versichertenstrukturen bei den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenarten ergeben.