



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Die BAGFW bewertet den Gesetzentwurf überwiegend positiv. Er ist von dem Ziel getragen, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung so zu gestalten, dass sie für die abhängig beschäftigten Versicherten insgesamt, aber auch speziell für selbstständig tätige Versicherte mit niedrigem Einkommen keine unzumutbare Belastung darstellen. Allerdings geben wir zu bedenken, dass möglicherweise durch eine umfangreiche Beitragsentlastung und die Reduzierung der Finanzreserven der Krankenkassen der zukünftige Gestaltungsspielraum für kommende Aufgaben zu sehr eingeengt wird.

Für Selbstständige mit geringem Einkommen senkt die Neuregelung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht nur den Mindestbeitragssatz. Sie trägt auch zu einem Abbau von Vorbehalten der obligatorischen Versicherung in der Sozialversicherung bei, die durch die bisherige, für schwierige Phasen der Selbstständigkeit belastende Regelung entstanden waren. Aus Sicht der BAGFW kann und muss die Beitragsneugestaltung für Selbstständige in der Krankenversicherung als erster Baustein des Maßnahmenpaketes gewertet werden, das für die Sozialversicherung Selbstständiger im Koalitionsvertrag angekündigt ist: Die Einbeziehung von Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit in die gesetzliche Rentenversicherung ist der zweite - nicht weniger wichtige - Schritt. Erst gemeinsam können beide Elemente dazu beitragen, das System der gesetzlichen Sozialversicherung auf die Realität hybrider Erwerbsverläufe auszurichten - neben dem Schutz im Krankheitsfall ist die Absicherung im Alter ein unverzichtbarer Bestandteil eines sozialen Sicherungssystems. Beides muss zusammen so ausgestaltet werden, dass Phasen der Selbstständigkeit nicht zu Beitragsausfall oder zu Lücken im Versicherungsverlauf führen.

B. Zu den Neuregelungen im Einzelnen

1. Paritätische Finanzierung (§ 249 SGB V)

Steigende Ausgaben, die durch Leistungsverbesserungen, den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt bedingt sind, sollten aus Sicht der BAGFW nicht einseitig und unbegrenzt die Arbeitnehmer/innen belasten. Dies hätte eine Aushöhlung des solidarischen Versicherungsschutzes, der ein konstitutives Element des deutschen Sozialstaates ist, zur Folge. Zudem profitieren auch die Arbeitgeber von der Gesunderhaltung der Arbeitnehmer/innen, weshalb diese auch in längerfristiger Perspektive angemessen an den Kosten zu beteiligen sind. Arbeitgeber/innen haben wie Arbeitnehmer/innen ein Interesse, unvermeidbare Beitragssatzsteigerungen in der GKV zu vermeiden. Dieses Interesse sollte durch eine paritätische Beteiligung an zukünftigen Kostensteigerungen aufrechterhalten werden. Somit wird die paritätische Finanzierung als Stellungnahme der (BAGFW) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

wichtiges Steuerungselement der Finanzierung der GKV erachtet. Insbesondere Bezieher/innen niedriger Einkommen werden durch die paritätische Finanzierung spürbar entlastet. Die BAGFW begrüßt daher nachdrücklich die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, indem der kassenindividuelle Zusatzbeitrag künftig hälftig von Arbeitnehmer/innen und Arbeitgebern getragen werden soll.

Folgerichtig ist auch die Übertragung der Regelung über die paritätische Finanzierung für gesetzlich Versicherte auf die Gruppe derjenigen, die sich wegen des Überschreitens der Jahresentgeltgrenze privat versichern und entsprechend hälftige Arbeitgeberzuschüsse erhalten (§ 257 Abs. 2).

2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige (§ 240 SGB V)

§ 240 Abs. 1: Nachweis beitragspflichtiger Einnahmen: Fristverlängerung

Die neue Vorschrift ermöglicht freiwillig gesetzlich versicherten Mitgliedern, ihre Beiträge durch den Nachweis von geringeren Einkünften zu reduzieren, rückwirkend ab Festsetzung durch die Krankenkasse auf den Höchstbetrag für 12 Monate.

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.

Wir erlauben uns jedoch folgenden Hinweis: Im Referentenentwurf wurde vorgeschlagen, auf die rückständigen Beiträge keinen Säumniszuschlag zu erheben. Im Gesetzentwurf wird nun jedoch ein Säumniszuschlag „im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung“ vorgeschlagen. Wir vermuten, dass es sich bei der Formulierung um ein Versehen handelt. Tatsächlich will der Gesetzgeber den Versicherten bei Neufestsetzung nicht mit Säumniszuschlägen belasten. Das würde der Intention des Gesetzes entsprechen, die Mitwirkung des Mitglieds bei Einkommensnachweisen zu honorieren.

Insofern wäre es nur folgerichtig, wenn der Gesetzestext wie folgt formuliert wird:

„Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung nicht.“

§ 240 Abs. 4: Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Nach derzeitiger Gesetzeslage zahlen hauptberuflich Selbstständige ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage entspricht bisher dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Der Gesetzentwurf schlägt vor, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf den 80. Teil der Bezugsgröße zu halbieren, um Kleinunternehmer/innen vor finanziellen Überforderungen zu schützen. Damit verringert sich auch der Mindestbeitrag um die Hälfte. Die Absen-

kung des Mindestbeitrags war aus unserer Sicht überfällig, denn die Gruppe der geringverdienenden Kleinunternehmer/innen ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. Durch die Digitalisierung haben sich zusätzlich viele Menschen in hybrider prekärer Selbstständigkeit, z.T. mit kleinen Start-ups zur Entwicklung von Software oder als Anbieter von Diensten über digitale Plattformen selbstständig gemacht. Finanziell sind diese Formen der Selbstständigkeit häufig wenig auskömmlich, erst recht nicht, wenn privat für die Kranken- und Alterssicherung vorgesorgt werden muss. Im Gegensatz zu Arbeitnehmer/innen, deren Krankenkassenbeiträge zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen werden, tragen Selbstständige zudem die volle Beitragslast. Daher bewertet es die BAGW als einen wichtigen Schritt, dass diese Gruppe von Kleinunternehmer/innen bei der Beitragszahlung zur Krankenversicherung entlastet wird.

Wir geben allerdings zu bedenken, dass sich für die Gruppe derjenigen, die knapp über 425 Euro verdienen, ergeben kann, dass sie mindestens ein Drittel ihres Einkommens für die Krankenversicherung entrichten müssen. Hier muss es Regelungen zur einkommensabhängigen Beitragsanpassung geben.

Im vorliegenden Entwurf wird zudem ausschließlich die Beitragsentlastung bei der Krankenversicherung in den Blick genommen. Die BAGFW weist aber nachdrücklich darauf hin, dass die Situation der Selbstständigen im Gesamtzusammenhang von Kranken- und Rentenversicherung zu betrachten ist und die auskömmliche soziale Absicherung für Selbstständige mit niedrigen Einkommen und Gründer/innen auch durch die Einbeziehung von Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung zu gestalten ist. Die Bundesregierung plant ausweislich des Koalitionsvertrages die Einführung einer Rentenversicherungspflicht für Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, da viele Selbstständige durch eine unzureichende finanzielle Absicherung im Vergleich zu Beschäftigten überdurchschnittlich auf Leistungen der Grundsicherung im Alter angewiesen sind, weil sie weder eine gesetzliche noch eine ausreichende (insolvenzgeschützte) private Vorsorge betrieben haben. Dieser Zustand ist nicht tragbar.

3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden (§§ 188, 191, 323 SGB V)

Der Gesetzentwurf enthält umfangreiche Vorschläge zur Lösung der Problematik der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen, die wegen der obligatorischen Anschlussversicherung sowie der Einstufung zum Höchstbetrag als Sanktion bei Nichtmitwirkung überproportional angestiegen sind.

§ 188: Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Der Entwurf führt aus, dass die obligatorische Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) dann nicht mehr greifen soll, *„wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“*

Begründet wird dies damit, dass die Vorschrift des § 30 Abs. 1 SGB I besage, die Vorschriften des Sozialrechts seien nur für diejenigen anwendbar, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Vorschrift bezieht sich richtigerweise aber nur auf die Vorschriften des SGB I, nicht auf das gesamte Sozialrecht. Ferner wird argumentiert, dass in dem Fall, dass eine Person sich nicht

abgemeldet hat und unauffindbar ist, zu vermuten sei, dass sie ihren Wohnsitz im Ausland genommen hat; dem zu Folge könne sie entsprechend des Territorialitätsprinzips nicht im Inland versichert sein und hier Versicherungsleistungen beanspruchen. Diese Argumentation übersieht allerdings, dass ein gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ohne weiteres auch ohne festen Wohnsitz bestehen kann und somit auch dann, wenn die Person für die Krankenversicherung nicht ohne weiteres auffindbar ist. Eine Meldepflicht besteht für Menschen ohne Wohnung nicht. Aus dem Fehlen einer Wohnung oder dem Fehlen der Abmeldung kann weder bei Deutschen noch bei ausländischen EU-Bürger/innen geschlossen werden, dass eine Person ins Ausland verzogen ist. Und diese Argumentation übersieht auch, dass im Rahmen der Koordinierung der Sozialversicherungssysteme (VO 883/2004) mobile Rentner/innen in der Regel in dem Land krankenversichert bleiben, aus dem sie ihre Rente beziehen, oder Grenzgänger im Beschäftigungs- und nicht im Wohnland versichert sind. Selbst, wenn sich der Betroffene tatsächlich im Ausland aufhält, würde das also nicht automatisch dazu führen können, dass die Versicherung endet.

Träte das Gesetz mit diesem Wortlaut in Kraft, fielen Menschen aus der obligatorischen freiwilligen Anschlussversicherung heraus, wenn die Krankenkasse ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland nicht ermitteln kann. Dies ist deshalb gravierend, weil die Betroffenen hier durchaus ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben können, dieser aber aufgrund von Wohnungslosigkeit oder auch Umzug nicht ermittelt werden kann.

Wegen der Auffangversicherung kann die Pflichtversicherung zwar für Deutsche rückwirkend wieder aufleben, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. EU-Bürger/innen aber, die ihr Freizügigkeitsrecht zur Arbeitssuche verlieren, fallen als wirtschaftlich nicht Aktive aus der Pflichtversicherung raus. Verlieren sie dann auch noch durch die Neuregelung die obligatorische Anschlussversicherung, können sie sich wegen § 5 Abs.11 S. 2 SGB V nicht wieder versichern.

Von der Neuregelung der obligatorischen Anschlussversicherung wären also vor allem Personen betroffen, die sich nicht anmelden können und solche, die keine Beiträge zahlen können. Beides darf jedoch nicht zur Verweigerung jeglichen KV-Schutzes führen. Auch für ausländische EU-Bürger/innen muss uneingeschränkt gelten, dass fehlende Beitragszahlungen nicht zur Beendigung der Versicherung führen und auch bei Beitragsschulden zumindest eine Versorgung nach § 16 Abs. 3a SGB V gewährleistet ist.

In vielen Bundesländern wird über die medizinische Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen auf politischer Ebene diskutiert, und es werden staatlich finanzierte „Fonds“ für die Behandlung eingerichtet. Es werden Clearingstellen eingerichtet und finanziert, die Menschen in Krankenversicherung bringen sollen. Der Gesetzentwurf würde die Zahl der nicht krankenversicherten Menschen erheblich erhöhen und den Zugang für diese zur Krankenversicherung weiter erschweren. Dies gilt es zu verhindern.

Hinweispflicht der Krankenkassen bei Beitragsschulden

Die Regelung des Gesetzentwurfs, dass Krankenkassen Mitglieder schriftlich darauf hinweisen müssen, dass entweder der Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung übernimmt, wenn das Mitglied mit zwei Beitragsmonaten im Rückstand ist, ist sehr zu begrüßen. So wird vermieden, dass

Mitglieder wegen verspäteter Beantragung von Hilfe Beitragsrückstände aufbauen. Fraglich ist allerdings, ob eine reine Information des Mitglieds ausreicht. Die Krankenkasse sollte zur zusätzlichen persönlichen Kontaktaufnahme verpflichtet werden, um so die Antragstellung beim Sozialhilfeträger zu befördern.

§ 191: Enden der freiwilligen Versicherung

Auch bestehende freiwillige Versicherungen sollen unter bestimmten Bedingungen enden können. Dies normiert der § 191 SGB V, der das Ende einer freiwilligen Versicherung regelt. Nach dem gesetzgeberischen Vorschlag endet die freiwillige Mitgliedschaft nach sechs Monaten rückwirkend ab Beginn dieses Zeitraums, wenn das Mitglied in dieser Zeit nicht aktiv war, keine Beiträge geleistet hat, keine Leistungen in Anspruch genommen hat und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds ermitteln konnte.

Begründet wird der Vorschlag mit den gleichen nicht ganz richtigen Argumenten, die auch für § 188 SGB V angeführt werden: Wer keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, könne wegen des Territorialitätsprinzips hier keine Leistungen beanspruchen.

Stellt sich heraus, dass die betroffene Person weiterhin einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte, begründet das kein Wiederaufleben der freiwilligen Versicherung. Die Betroffenen werden vielmehr auf die Möglichkeit der rückwirkenden Begründung einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verwiesen.

Aus den zu § 188 genannten Gründen dürften jedoch die wenigsten betroffenen Unionsbürger/innen dies beanspruchen können. Nur derjenige, der zu den Auffangversicherten zu zählen ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) bzw. ein materielles Freizügigkeitsrecht besitzt, für das ein bestehender Krankenversicherungsschutz keine Bedingung ist, wird hier rückwirkend wieder in der Versicherung aufgenommen werden.

Die anderen werden darauf verwiesen werden, dass sie wegen § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V nicht pflichtversichert sind. Eine neue freiwillige Versicherung dürfte in diesen Fällen auch problematisch sein (s.o. zu § 188) zumal es in diesen Fällen regelmäßig an der notwendigen Vorversicherungszeit fehlen dürfte; das betrifft nicht-erwerbstätige Unionsbürger/innen in oder außerhalb von prekären Lebenslagen gleichermaßen. Sie würden also (weiterhin) ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland sein.

Lösungsvorschläge für §§ 188, und 191:

Streichung von § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

Der Problematik wäre bereits ihre Schärfe genommen, wenn man den § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V streichen würde. Das hätte zur Folge, dass nicht nur EU-Bürger/innen, die ein Freizügigkeitsrecht nach § 2 FreizügG/EU besitzen (z.B. Recht auf Einreise und Aufenthalt, wenn sie einer Arbeit nachgehen wollen), sondern auch die Nicht(mehr)erwerbstätigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, von der Versicherungspflicht erfasst sind. In der gemeinsamen Stellungnahme der BAGFW zum Vorschlag der EU-Kommission zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 29.5.2017 wurde eine verbindliche Regelung ge-

wünscht, wonach nicht-erwerbstätige mobile EU-Bürger nicht davon abgehalten werden sollen, einen umfassenden Krankenversicherungsschutz im Aufnahmemitgliedstaat zu erlangen. Der § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V tut aber genau das: er verhindert für diese Gruppe den Zugang zur KV.

Die im Entwurf zum Versichertenentlastungsgesetz vorgeschlagene Bereinigung von Mitgliederbeständen durch die oben dargestellten Neuregelungen bliebe dagegen unangetastet. Es wäre nicht nachteilig, da die Versicherungspflicht und damit der Anspruch auf Leistungen jederzeit rückwirkend wieder hergestellt werden könnte, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der Krankenkasse anzeigt.

Hilfswaiser Lösungsvorschlag: die Mitgliedschaft ruhend stellen

Hilfsweise fordern wir eine Ruhendstellung der Mitgliedschaft. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Bereinigung der Mitgliederbestände darf nicht dazu führen, dass diejenigen Unionsbürger/innen aus dem KV-Schutz herausfallen, die diesen bereits einmal hatten. Wir schlagen daher folgende Lösung vor: § 188 Abs. 4 SGB V neu und § 191 Abs. 4 SGB V neu werden dahingehend geändert, dass die jeweiligen Mitgliedschaften nicht enden, sondern ruhend gestellt werden. Sie leben dann wieder auf, wenn die Betroffenen sich wieder bei der KV melden.

§ 323: Bereinigen der Mitgliedschaft

Die Vorschrift hat zur Folge, dass Personen, die sich nicht über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V jederzeit wieder rückwirkend pflichtversichern können, mit Ablauf des 15. Juni 2019 endgültig aus der obligatorischen Versicherung ausgeschlossen bleiben, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Somit könnten diese Personen nicht mal eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen. Das betrifft vor allem EU-Bürger/innen, die kein materielles Freizügigkeitsrecht besitzen (siehe oben die Erläuterung zu §§ 188, 191).

Dies ist eine Schlechterstellung dieser Personengruppe im Hinblick auf deutsche Versicherte, aber auch im Hinblick auf Personen, die Leistungen nach dem AsylBLG beziehen (siehe § 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V).

Dies widerspricht auch den europäischen Grundsätzen der Freizügigkeit. Um eine verfassungsmäßig und europarechtlich gebotene Gleichbehandlung und gleichberechtigten Zugang zum Krankenversicherungsschutz herzustellen wird daher das – bereits oben dargestellte – Streichen der Vorschrift des § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V oder hilfsweise die Ruhendstellung der Mitgliedschaft vorgeschlagen.

Dem Ziel, dass Krankenkassen ihren Mitgliederbestand bereinigen, kann Rechnung getragen werden, indem die „Ruhendstellung“ entsprechend statistisch erfasst wird. Für die so ruhend gestellten Mitgliedschaften müssten die erhaltenen Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA-Zuweisungen) an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

Überschuldete Menschen: Ergänzender Handlungsbedarf einer Amnestieregelung

Es gibt eine große Gruppe von Menschen, die trotz des am 1. August 2013 in Kraft getretenen Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der

Krankenversicherung weiterhin hohe Beitragsschulden hat. Das liegt daran, dass sie sich entweder nicht rechtzeitig zum Stichtag des Beitragserlasses für Versicherungspflichtige gemeldet oder zwar einen Beitragserlass für Schulden aus dem vor 2014 liegenden Zeitraum erwirkt haben, aber wieder neue Beitragsschulden aufgelaufen sind, weil sie die laufenden Beiträge nicht zahlen konnten. Während dieser Zeit ruht ihr Leistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung (§ 16 SGB V) und sie haben nur einen eingeschränkten Anspruch auf Versorgung und in Notfällen. Landen diese Personen im ALG II-Bezug, tritt das Ruhen des vollen Leistungsanspruchs zwar nicht ein oder endet. Dies reduziert jedoch den Anreiz, den ALG II-Bezug zu überwinden, weil bei Beendigung des Leistungsbezugs der volle Leistungsanspruch wieder ruht.

Die BAGFW fordert deshalb, 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.

Lösungsvorschlag:

„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.“

Die BAGFW fordert zusätzlich, den Zugang zum vollen Leistungsangebot der Krankenversicherung auch dann zu gewährleisten, wenn eine Überschuldung gegeben ist. Hierfür müssen dringend praktikable Regelungen geschaffen werden.

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.

4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler (§ 260 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Krankenkassen zu verpflichten, ihre Finanzreserven auf eine Obergrenze in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe der Betriebsmittel zu begrenzen. Dieses Ziel soll ggf. durch ein schrittweises Abschmelzen der Finanzmittel binnen drei Haushaltsjahren erreicht werden.

Die Intention des Gesetzgebers, den Zusatzbeitrag auf das Mindestmaß des Notwendigen zu begrenzen, ist zwar dem Grundsatz nach positiv zu bewerten. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch in den vergangenen Jahren im Rahmen der gesetzlichen Obergrenze des gegenwärtig 1,5-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe so festgelegt haben, dass sie im Wettbewerb der Krankenkassen bestehen können und für ihre Mitglieder in Bezug auf das Preis-Leistungs-Verhältnis attraktiv sind. In der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber viele Leistungsverbesserungen für die Versicherten statuiert, die die BAGFW begrüßt hat. Auch bei einer Absenkung der Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen muss gewährleistet sein, dass die Leistungsgewährung im Rahmen der

Genehmigungspraxis an die Versicherten künftig nicht „nach Kassenlage“ erfolgt. Ebenso muss den Krankenkassen ein entsprechender Spielraum für die Gewährung von Satzungsleistungen im Rahmen ihrer Beitragsautonomie zur Verfügung stehen. Von den negativen Folgen einer schlechteren Versorgung in Folge der Schaffung einer Obergrenze für die Finanzreserven wären vor allem sozial benachteiligte Menschen und vulnerable Patientengruppen, wie chronisch Kranke betroffen. Nicht zuletzt verweisen wir darauf, dass der Koalitionsvertrag bspw. für das „Sofortprogramm Pflege“ ca. 640 Mio. Euro zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte im Zusammenhang mit der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vorsieht. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass damit der lange geforderte Systemwechsel der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege aus dem SGB V eingeleitet wird. Für eine volle Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen ist nach Schätzungen von Sachverständigen jedoch ein Finanzvolumen von ca. 2,6-3 Mrd. Euro zu veranschlagen. Auch vor diesem Hintergrund betrachten wir die vorgesehene neue Obergrenze, die zudem als „Muss-Regelung“ keine Ermessensspielräume mehr vorsieht, mit großer Skepsis.

5. Altersrückstellungen der Krankenkassen (§171e SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass Krankenkassen den Anteil des Deckungskapitals, der in Aktien angelegt werden kann, von 10% auf 20% erhöhen können. Für den Bund ist es schon seit Januar 2018 möglich, für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds einheitlich 20 Prozent Aktienanteil vorzusehen. Das soll nun für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden. 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.

6. Tagespflegepersonen (§ 10 SGB V)

Tagesmütter und -väter, die bis zu fünf Kinder in der Tagespflege betreuen, fallen künftig nicht mehr unter die Sonderregelung der Familienversicherung bzw. freiwilligen Versicherung. Wir begrüßen es sehr, dass für Tageseltern nun die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend sind. Sofern Art und Umfang der Tätigkeit entsprechend gestaltet sind, werden sie nun im Regelfall den hauptberuflich Selbstständigen zuzurechnen sein. Das ist positiv, weil sie so nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V die Möglichkeit haben, zusätzlich den Krankengeldtarif zu wählen. Ferner fallen sie unter die neuen Regelungen für die halbierte Beitragsbemessungsgrenze. Das berücksichtigt insbesondere, dass nicht alle Kinder in Vollzeit betreut werden bzw. die meisten Tagespflegepersonen nicht die Höchstanzahl von fünf Kindern betreuen.

Berlin, 26.09.2018

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

Stellungnahme der (BAGFW)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)