

GKV-Versichertenentlastungsgesetz

06.06.2018
Kabinettsentwurf

Voraussichtlicher Zeitplan:
27./28.09.2018
1. Lesung Bundestag

08.10.2018
Anhörung Gesundheits-
ausschuss

18./19.10.2018
2./3. Lesung Bundestag

Inkrafttreten nach
Verkündung

[Zum Download](#)
Kabinettsentwurf GKV-
Versichertenentlastungs-
gesetz

Kabinett beschließt GKV-Versichertenentlastungsgesetz


Am 6. Juni 2018 hat das Bundeskabinett den „Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) beschlossen. Damit geht der als besonders eilbedürftig bewertete Entwurf in das parlamentarische Verfahren. Er sieht eine Reihe von Neuregelungen vor, die zu einer Entlastung der Versicherten bei den Krankenkassenbeiträgen führen sollen. Geplant ist, dass das Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt – die Regelungen zur paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge und zur Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 3 vom 24. April 2018) sollen bereits ab 1. Januar 2019 gelten.

Im Vergleich zum Referentenentwurf sind unter anderem diese Änderungen erfolgt:

Abschmelzen hoher Finanzreserven der Kassen zur Entlastung der Beitragszahler

Die Neuregelungen, mit denen Krankenkassen zum Abbau ihrer Finanzreserven und zu Beitragssatzsenkungen gezwungen werden sollen, werden im jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf mit einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) verknüpft. Der Entwurf hält an der Absenkung der für Betriebsmittel und Rücklagen der Kassen geltenden Obergrenze auf das 1,0fache einer Monatsausgabe fest. Die geplanten Abbaumechanismen, mit denen die Kassen ihre Zusatzbeiträge schrittweise absenken müssen, werden allerdings nur angewendet, wenn der Morbi-RSA bis Ende 2019 tatsächlich gesetzlich weiterentwickelt wurde. Damit müssen die Kassen ihre Überschüsse frühestens ab dem Jahr 2020, und nicht wie im Referentenentwurf ursprünglich vorgesehen, ab dem Jahr 2019 abbauen. Die Reform des Morbi-RSA soll entsprechend den Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag auf Basis der zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) erfolgen.

Laut Begründung zum Gesetzesentwurf müssen die finanziellen Auswirkungen einer Reform des Morbi-RSA abschätzbar sein – also im Haushalt der Kassen berücksichtigt werden – bevor die Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven einsetzt. Der RSA sei eines der wesentlichen Elemente des Wettbewerbs in der GKV, die zum Teil erheblichen Finanzreserven seien auch ein Ergebnis dieses Wettbewerbs, heißt es dazu im Entwurf. Dass der Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen und die Weiterentwicklung des Morbi-RSA miteinander verknüpft werden, ist ein wesentliches Ergebnis der Abstimmung zwischen den beteiligten Ressorts.

 **Die Kabinettsfassung des GKV-VEG enthält wichtige Nachbesserungen. Es ist richtig, die Neuregelungen zum Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen an eine Reform des Morbi-RSA zu knüpfen. Denn eine Fehlfunktion des Kassenfinanzausgleichs führt dazu, dass die Rücklagen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung extrem ungleichmäßig verteilt sind und einzelne Kassen sehr hohe Rücklagen bilden konnten. Eine zeitnahe Reform des Morbi-RSA ist notwendig, damit die Beitragsgelder der GKV-Mitglieder in Zukunft wieder dorthin fließen, wo sie für die Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt werden.**

Abbau der Beitragsschulden bei ungeklärten Mitgliedschaften

Der Gesetzesentwurf führt eine Reihe von Maßnahmen auf, mit denen der Gesetzgeber den überproportional hohen Anstieg der Beitragsschulden bei den gesetzlichen Krankenkassen bremsen will. Vor allem die so genannte obligatorische Anschlussversicherung (oAV)* wird als eine Ursache für die hohen Beitragsschulden freiwilliger Mitglieder in der GKV genannt.

* Die obligatorische Anschlussversicherung im Status einer freiwilligen

Mitgliedschaft wird begründet, wenn ein Versicherungspflichtverhältnis oder eine Familienversicherung endet und der Versicherte seinen Austritt aus der Krankenkasse nicht erklärt hat.

Diese führe zu einer hohen Zahl an ungeklärten und passiven Versicherungsverhältnissen, wodurch bei den Kassen Beitragsschulden auflaufen.

In der Kabinettsversion erfolgen nun Klarstellungen im Hinblick auf die Bereinigung der Mitgliederbestände durch die Kassen. So wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass Mitgliedschaften im Zusammenhang mit der oAV nur dann von der Bereinigung ausgeschlossen werden dürfen, wenn konkrete individuelle medizinische Leistungen für die Versicherten erbracht wurden. Pauschale Zahlungen pro Versichertem oder Umlagen reichen hierfür nicht aus. Zudem müssen die Kassen ihren Mitgliederbestand nicht nur um laufende, sondern auch um bereits beendete Mitgliedschaften bereinigen.

Ausdrücklich geht der Gesetzentwurf in seiner Begründung auch darauf ein, dass eine rückwirkende Regelung rechtmäßig sei. Dass Kassen die Zuweisungen, die sie für die aufgehobenen Mitgliedschaften seit Einführung der oAV im Jahr 2013 erhalten haben, in den Gesundheitsfonds zurückzahlen müssen, sei auch im Hinblick auf vergangene Zeiträume eine zwingende Folge der Bereinigung des Mitgliederbestands. Es wäre widersprüchlich, die Zuweisungen für die aufgehobenen Mitgliedschaften bei den Kassen zu belassen, so der Kabinettsentwurf.

➤ **Die Klarstellungen, die im Rahmen der Kabinettsfassung des GKV-VEG erfolgt sind, sind sachgerecht. Es ist richtig, dass die Krankenkassen zu einer Überprüfung ihrer freiwilligen Mitgliedschaften im Zusammenhang mit der oAV verpflichtet werden. Die Zuweisungen, die die Krankenkassen für die aufgehobenen Mitgliedschaften in der Vergangenheit erhalten haben, müssen an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden. Nur so können Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen, die im Zuge dieser Regelung entstanden sind, vermindert werden.**

Nordrhein-Westfalen führt Landarztquote ein

Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen ein Gesetz zur Umsetzung einer Landarztquote auf den Weg gebracht. Das Kabinett beschloss am 5. Juni 2018 einen entsprechenden Gesetzentwurf. Voraussichtlich 7,6 Prozent der Medizinstudienplätze in Nordrhein-Westfalen sollen zukünftig an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden können, die sich verpflichten, nach ihrer Facharztweiterbildung für zehn Jahre in einer unterversorgten Region als Hausarzt zu arbeiten. Mit dieser Initiative will die Landesregierung einen Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum leisten.

Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ hatten sich das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesforschungsministerium im März 2017 gemeinsam mit Vertretern der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages auf eine Landarztquote von bis zu 10 Prozent für die Vergabe von Medizinstudienplätzen verständigt. Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann bezieht sich zudem auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Dezember 2017, nach dem nicht ausschließlich die Abiturnote den Weg zum Medizinstudium eröffnen dürfe. Vielmehr müssten bei der Auswahl der Studierenden neben der Abiturnote auch Kriterien wie die Berufsausbildung, Berufserfahrung, Patientenorientierung, Empathie und Sozialkompetenz berücksichtigt werden, so Laumann.

➤ **Der Vorstoß von Minister Laumann zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum ist ein richtiger Schritt. Um der Unterversorgung besonders in strukturschwachen**

Regionen entgegenzuwirken, ist jedoch ein Paket an Maßnahmen notwendig. So müssen Ärztinnen und Ärzte als Anreiz für die Niederlassung gezielte Unterstützung für eine strukturierte Weiterbildung erhalten. Weil gerade in ländlichen Gebieten die Einzelarztpraxis nicht mehr die adäquate Lösung lokaler oder regionaler Versorgungsprobleme sein kann, müssen kooperative Versorgungsstrukturen stärker gefördert werden. Ärztinnen und Ärzte sollten das Angebot erhalten, ihre Zulassung in ein Angestelltenverhältnis umzuwandeln – und dies nicht nur in Medizinischen Versorgungszentren, sondern auch in Eigenrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder in einem Regionalen Versorgungsverbund. Auf diese Weise minimieren sie das finanzielle Risiko der Praxisführung.

Zwischenbilanz zum Innovationsfonds

Der Innovationsfonds zur Förderung innovativer Versorgungsprojekte soll nach den Vorstellungen der Koalitionspartner auch über das Jahr 2019 hinaus fortgeführt werden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kündigte bei einer Veranstaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Berlin an, dass in den nächsten zwölf Monaten geprüft werde, wie die Rahmenbedingungen des Innovationsfonds aufgrund der bis jetzt gemachten Erfahrungen verbessert werden könnten. Möglicherweise werde man in Zukunft den Schwerpunkt auf einige große Projekte legen, so Spahn.

Die Laufzeit des Innovationsfonds werde um weitere vier Jahre verlängert, so Lutz Stroppe, Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die jährliche Fördersumme sinke von aktuell 300 Mio. auf 200 Mio. Euro. An der Aufteilung der Mittel aus dem Fonds für die Förderung von Versorgungsprojekten (75 Prozent) und die Versorgungsforschung (25 Prozent) solle festgehalten werden, so Stroppe.

Der GKV-Spitzenverband kritisierte das Vorhaben der Koalition, zukünftig auch Projekte des BMG durch den Innovationsfonds zu finanzieren. Staatssekretär Stroppe stellte jedoch klar, dass Modellprojekte des BMG auch aus Steuermitteln gefördert werden könnten.

Überführung in die Regelversorgung

Der Innovationsfonds besteht seit zwei Jahren. Aktuell gewinnt die Frage nach der Überführung der geförderten Projekte in die Regelversorgung an Bedeutung. Zwischen 25 und 30 Prozent der Projekte sollten nach Auffassung von Prof. Josef Hecken, dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, mindestens Eingang in die Regelversorgung finden. Hecken sprach sich gegen die Forderung nach einem Transferfonds aus, die Prof. Holger Pfaff, Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds vorbrachte. Denn die Projektphase dürfe nicht mit einer zusätzlichen Finanzierung verlängert werden.

➤ **Der Innovationsfonds bietet die Möglichkeit, wichtige Erkenntnisse über innovative Versorgungsformen und deren Praxistauglichkeit zu gewinnen. Positiv ist zudem, dass eine Evaluation notwendiger Bestandteil der Projekte ist. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass nur evidenzbasierte Versorgungsformen in die Regelversorgung übertragen werden.**

Auch die BARMER spricht sich gegen einen Transferfonds und gegen eine damit verbundene Verpflichtung zur Weiterfinanzierung der Projekte aus. Vielmehr sollte über eine übergangsweise Unterstützung zur Überführung in die Regelversorgung nur projektindividuell entschieden werden.