

Referentenentwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes liegt vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat in der letzten Woche mit dem „Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) eine Reihe von Maßnahmen zur Entlastung der Versicherten bei den Krankenkassenbeiträgen angekündigt. Neben der Umsetzung von Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag wie der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrags oder der Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze für Selbstständige plant das Ministerium weitreichende Regelungen: Vor dem Hintergrund der hohen Überschüsse der Krankenkassen, die sich im vergangenen Jahr um etwa 3,15 Mrd. Euro auf insgesamt 19,2 Mrd. Euro erhöhten, sollen Krankenkassen ihre Finanzreserven reduzieren und zu Beitragssatzsenkungen verpflichtet werden. Im Detail enthält der Gesetzentwurf folgende Vorschläge:

Abschmelzen hoher Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Die Finanzreserven der Krankenkassen dürfen zukünftig eine gesetzlich definierte Höchstgrenze nicht mehr überschreiten. Die bislang geltende Vorschrift, wonach die Betriebsmittel und Rücklagen das 1,5fache einer Monatsausgabe einer Krankenkasse nicht übersteigen sollen, wird damit in eine verpflichtende Regelung umgewandelt. Zusätzlich wird die Obergrenze bei dem 1,0fachen einer Monatsausgabe festgesetzt. Laut Gesetzentwurf sollen Abbaumechanismen eingeführt werden, damit Krankenkassen überschüssige Finanzmittel durch eine Absenkung der Zusatzbeiträge an ihre Versicherten zurückgeben. Eine Anhebung des Zusatzbeitrags einer Krankenkasse wäre demnach so lange nicht möglich, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten. Sofern das Vermögen der Kasse nach drei Haushaltsjahren weiterhin über der zulässigen Obergrenze liegt, kann eine weitere Frist von zwei Jahren für das Abschmelzen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beantragt werden. Erst danach werden die Finanzreserven einer Krankenkasse – sofern diese weiterhin zu hoch sind – dem Gesundheitsfonds in Höhe des überschrittenen Betrags zugeführt.

Der Gesetzentwurf begründet die Neuregelung damit, dass Krankenkassen mit Einführung des Gesundheitsfonds lediglich ein Ausgaben- und nicht mehr ein Einnahmenrisiko tragen. Unerwartete Beitragsmindereinnahmen durch konjunkturelle Schwankungen würden durch die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds aufgefangen, die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sei durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds gewährleistet. Daher sei die derzeitige Obergrenze nicht mehr bedarfsgerecht.

Gleichzeitig plant das BMG, auch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu deckeln. Die bisherige Regelung einer Mindestreserve von 25 Prozent einer Monatsausgabe soll um eine Obergrenze ergänzt werden: Diese soll bei 50 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds liegen. Bei Überschreiten dieser Grenze müssen die überschüssigen Finanzmittel schrittweise dem Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die Regelung wirke sich, so heißt es im Gesetzentwurf, ebenfalls dämpfend auf die Höhe der Zusatzbeiträge aus.

 **Angesichts der hohen Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung ist es nachvollziehbar, dass das Bundesgesundheitsministerium Gelder mobilisieren will. Dabei muss man nur beachten, dass die Rücklagen extrem ungleichmäßig verteilt sind. Das hat nichts damit zu tun, dass die Mitglieder einzelner Kassen womöglich zu viel gezahlt haben. Es ist vielmehr das Ergebnis einer Fehlfunktion des Finanzierungssystems.**

Umso dringlicher ist es, zeitnah eine Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) anzugehen, um für die Zukunft eine weitere Fehlverteilung von Beitragsmitteln zu verhindern. Denn dieser Fehler im Morbi-RSA führt dazu, dass einzelne Kassen sehr hohe Rücklagen anhäufen konnten. Eine rasche Weiterentwicklung 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.

Paritätische Finanzierung

Bereits im Koalitionsvertrag hatten sich CDU/CSU und SPD auf eine paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung geeinigt. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll dies nun umgesetzt werden: Ab dem 01.01.2019 werden die Beiträge – dies schließt auch den individuellen Zusatzbeitrag einer Krankenkasse ein – in gleichem Maße von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Diese Regelung gilt auch für Rentnerinnen und Rentner.



Die Einigung auf eine paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu leistende Finanzierung der Versicherungsbeiträge entlastet die gesetzlich Versicherten. Es ist sinnvoll, dass damit in Zukunft Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen nicht mehr allein von den Versicherten getragen werden müssen.

Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden

Mit einer Reihe von Neuregelungen soll das Problem der hohen Beitragsschulden bei den gesetzlichen Krankenkassen gelöst werden. Diese beliefen sich im vergangenen Jahr bei freiwillig Versicherten auf insgesamt 6,3 Mrd. Euro. Das Zusammenwirken von zwei Vorschriften sei verantwortlich für den überproportional hohen Anstieg der Beitragsschulden: Die Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung* im Jahr 2013 und die Festsetzung eines Höchstbeitrags für freiwillig Versicherte, wenn sie keine Nachweise über ihre beitragspflichtigen Einnahmen vorlegen. Ziel der Neuregelungen sei daher, das Niveau der Beitragsschulden zu senken und gleichzeitig realistischer abzubilden, heißt es im Gesetzentwurf.

Folgende Maßnahmen sind geplant:

- Eine freiwillige Mitgliedschaft in der obligatorischen Anschlussversicherung wird auf die Fälle begrenzt, bei denen die Krankenkasse den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts feststellen kann. Zukünftig endet eine freiwillige Mitgliedschaft, wenn innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten keine Beitragszahlungen und keine Leistungsanspruchnahme seitens eines Mitglieds erfolgt sind und die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied aufnehmen konnte. Es sei davon auszugehen, dass sich die betroffene Person nicht mehr im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts befinde, heißt es im Gesetzentwurf. Die Krankenkassen werden verpflichtet, alle laufenden freiwilligen Mitgliedschaften dahingehend zu überprüfen sowie ihre Mitgliederbestände und die damit verbundenen Beitragsschulden zu bereinigen. Die Zuweisungen, die die Krankenkassen für die aufgehobenen Mitgliedschaften seit Beginn erhalten haben, müssen rückwirkend in den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.
- Die derzeitige Regelung zur Beitragseinstufung von freiwillig Versicherten, die nicht an der Beitragsfeststellung mitwirken, soll flexibler ausgestaltet werden. Derzeit müssen

* 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.

sie den Höchstbeitrag zur Krankenversicherung zahlen, auch wenn ihr tatsächliches Einkommen dem nicht entspricht. Die Neuregelung soll helfen, „fiktive“ Beitrags-schulden abzubauen.

➤ **Die vorgesehenen Änderungen im Zusammenhang mit der Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung sind insgesamt zielführend. Dies schließt die rückwirkende Regelung ein, wonach bereits erhaltene Zuweisungen durch die Krankenkassen korrigiert werden müssen.**

Künftig werden weniger Beitragsschulden für „fiktive“ Mitglieder aufgebaut, gleichzeitig werden die Krankenkassen administrativ entlastet. Es ist sinnvoll, dass die Krankenkassen zu einer Überprüfung ihrer freiwilligen Mitgliedschaften verpflichtet werden. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, die Beitragsschuldenproblematik in der GKV zu lösen.

Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige

Zukünftig soll die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sinken, anhand derer die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Selbstständigen mit niedrigen Einkommen berechnet werden. Für das Jahr 2018 würde sie nach der Neuregelung monatlich etwa 1.142 Euro betragen und nicht mehr wie bisher 2.284 Euro. Damit reduziert sich der Beitrag zur Krankenversicherung etwa um die Hälfte, die monatliche Belastung für die Versicherten läge in diesem Jahr bei circa 171 Euro. Die Neuregelung, mit der eine Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt wird, soll Selbstständige mit geringem Einkommen und Existenzgründer finanziell deutlich entlasten. Deren Einkommen habe in der Vergangenheit die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage häufiger unterschritten, so der Gesetzentwurf.

➤ **In Anbetracht der zum Teil erheblichen finanziellen Überforderung von Selbstständigen mit niedrigen Einkommen ist die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze ein richtiger Schritt. Dies kann zu einer langfristigen Entlastung für die Betroffenen und zu einer teilweisen Reduzierung der Beitragsschulden beitragen.**

Das Gesetz soll am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Eine Ausnahme bilden die Regelungen zur paritätischen Finanzierung und zur Senkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze. Diese werden erst zum 01.01.2019 rechtsgültig.

Unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Die Bundesländer kommen ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich nur unzureichend nach. So betrage der bestandserhaltende Investitionsbedarf der Krankenhäuser derzeit bundesweit sechs Milliarden Euro. Gerade einmal die Hälfte dieser Summe werde jedoch nur von den Bundesländern gedeckt.

Zu diesem Ergebnis kommt der Katalog von Investitionsbewertungsrelationen für das Jahr 2018, auf den sich der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geeinigt haben. In dem Katalog werden die leistungsbezogenen Investitionsbedarfe für die unterschiedlichen Fallpauschalen für Krankenhausleistungen aufgezeigt.

Die Bedeutung des Problems zeige sich besonders deutlich, wenn man die Mittel der Länder in Bezug zu den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stelle, so GKV-SV,



PKV-Verband und DKG. Entsprachen die Investitionsmittel Anfang der 1970er Jahre noch 25 Prozent der Gesamtausgaben der GKV, liegen sie heute nur noch bei unter vier Prozent.

Die BARMER kritisiert seit Langem, dass die Krankenhäuser aufgrund fehlender Investitionsmittel die für die Versorgung vorgesehenen Betriebsmittel der Krankenkassen für notwendige Investitionen zweckentfremden. Um diese Fehlentwicklung zu beenden, müssen die Länder gesetzlich verpflichtet werden, ihrer Pflicht zur Investitionsfinanzierung in auskömmlicher Höhe nachzukommen.

Um die Länder zu entlasten, sollte auch darüber nachgedacht werden, Bund und Krankenkassen neben den Ländern zu gleichen Teilen an der Investitionsmittelfinanzierung zu beteiligen. Im Gegenzug dafür sollten die Krankenkassen ein verbindliches Mitspracherecht im Rahmen der Krankenhausplanung erhalten.

HTA-Verordnung der EU-Kommission weiter in der Kritik

Der Anfang des Jahres von der EU-Kommission vorgelegte Entwurf für eine Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates über die Bewertung von Gesundheitstechnologien und zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU (Health Technology Assessment – HTA) hat zu deutlicher Kritik im Deutschen Bundestag geführt: Einstimmig beschlossen die Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen Ende März einen Antrag, in dem diese den Vorstoß der EU-Kommission einer zentralen europäischen Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten ablehnen. Der Verordnungsentwurf verletze die Grundsätze der Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit.

Weitreichende Eingriffe in nationale Zuständigkeit geplant

Die Verordnung regelt, dass zukünftig Verfahren zur klinischen Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten verpflichtend auf europäischer Ebene erfolgen. Eigene Bewertungen durch die Mitgliedstaaten dürfen demnach nicht mehr durchgeführt werden. Verfahren zur Preisbildung und Erstattung sollen unter Verwendung der Ergebnisse der europäischen Nutzenbewertung weiterhin in nationaler Verantwortung verbleiben. Laut EU-Kommission wolle man mit der Neuregelung Patientinnen und Patienten einen schnelleren Zugang zu Innovationen ermöglichen und Doppelarbeit durch nationale Prüfinstitutionen vermeiden. Zudem könne damit die Wettbewerbs- und Innovationstätigkeit der Industrie gefördert werden.

Diese Einschätzung teilen die Fraktionen des Deutschen Bundestags nicht. Der Vorschlag greife in die nationale Zuständigkeit der Mitgliedstaaten ein. Zielführender sei eine verstärkte freiwillige Zusammenarbeit bei klinischen Bewertungen auf europäischer Ebene. Die Parlamentarier äußern zudem starke Bedenken, dass eine zentralisierte Nutzenbewertung den hohen Standard in Deutschland gefährde und in das bewährte AMNOG-Verfahren eingreife.

Auch in anderen EU-Mitgliedstaaten hat der Verordnungsentwurf der EU-Kommission zu intensiven Debatten geführt, unter anderem in Frankreich, Spanien oder Tschechien. Die erforderliche Mehrheit für eine Überprüfung des Gesetzentwurfs durch die EU-Kommission erzielten die kritischen Mitgliedsländer allerdings nicht.

Der Verordnungsvorschlag ist nun Gegenstand der Beratungen im Europäischen Parlament und im Ministerrat.



Die Vorschläge der EU-Kommission bedeuten einen starken Eingriff in das bestehende Nutzenbewertungsverfahren für Arzneimittel und Medizinprodukte in Deutschland. Eine

schnelle Festlegung auf gemeinsame Bewertungen von Gesundheitstechnologien sehen wir vor dem Hintergrund der derzeit europaweit methodisch und rechtlich unterschiedlichen Konzepte kritisch.

Zahnreport der BARMER vorgestellt



Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
der BARMER

Die Inanspruchnahme notwendiger Therapieleistungen pflegebedürftiger Menschen stagniert, trotz des in den vergangenen Jahren verbesserten Zugangs Pflegebedürftiger zur zahnärztlichen Versorgung. Zu diesem Ergebnis kommt der BARMER-Zahnreport 2018, der in der vergangenen Woche in Berlin vorgestellt wurde.

So können Zahnärzte seit Einführung neuer und modifizierter Leistungsziffern in den Jahren 2013 und 2014 den Besuch bei Heimbewohnern höher abrechnen. Obwohl diese Leistungsziffern allein im Jahr 2016 krankenkassenweit 1,9 Mio. Mal abgerechnet wurden, hat die Inanspruchnahme einfacher Therapieleistungen wie kleinerer Reparaturen an Zahnprothesen jedoch im gleichen Zeitraum nicht zugenommen. Bei der Reparatur von Zahnersatz war sogar eine leicht rückläufige Tendenz festzustellen.

Der Zahnreport zeigt, dass bei mehr als zwei Dritteln der Zahnarzt-Besuche am selben Tag keine therapeutische Leistung erfolgte und bei mehr als der Hälfte auch innerhalb der folgenden 90 Tage nicht.

„Das Ziel einer besseren zahnärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird allenfalls bei den Kontakten und möglicherweise bei der Prävention, definitiv aber nicht bei der Therapie erreicht“, so Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER bei der Vorstellung der neuen Studie. Vor diesem Hintergrund sei die Entwicklung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen für die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern dringend nötig, so Straub.

[Zum Download](#)

BARMER-Zahnreport
2018

Pressemappe

