

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0034(17)
gel. VB zur öAnh am 8.10.2018 -
GKV-VEG
5.10.2018

verbraucherzentrale

Bundesverband

QUALITÄTSWETTBEWERB DER KRANKENKASSEN ERMÖGLICHEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten
in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

BT-Drucksache 19/4454

5. Oktober 2018

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. POSITIONEN IM EINZELNEN	5
1. Rückkehr zur paritätischen Finanzierung	5
2. Informationspflichten für Krankenkassen	6
3. Senkung des Mindestbeitrags für Selbstständige	7
4. Abbau der Finanzreserven einzelner Krankenkassen.....	8

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz; GKV-VEG) sieht die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV vor. Ab dem 1. Januar 2019 sollen auch die Zusatzbeiträge der Krankenkassen wieder von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie von Rentnerinnen und Rentnern durch die Rentenversicherung gemeinsam finanziert werden. Diesen Schritt unterstützt der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) vollumfänglich, da damit eine langjährige Forderung des vzbv vom Gesetzgeber umgesetzt wird. Aus der Neuregelung resultieren nach Auffassung des vzbv zwei erhebliche Vorteile für Verbraucherinnen und Verbraucher¹ und die Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):

- Finanzielle Entlastung der gesetzlich Versicherten
- Entschärfung des Preiswettbewerbs und Verlagerung hin zu mehr Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen

Aus Sicht des vzbv ist neben der im Gesetzentwurf vorgesehenen finanziellen Entlastung der Versicherten allerdings zusätzlich eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenkassen notwendig, um den Qualitätswettbewerb gegenüber dem Kostenaspekten zu stärken. Eine weitergehende Informationspflicht für Krankenkassen kann dazu beitragen, dass Verbraucher nicht nur Kosten, sondern auch Angebote und Service der verschiedenen für sie wählbaren Krankenkassen vergleichen können. Ebenso muss Transparenz über das Genehmigungsverhalten von Leistungen der einzelnen Krankenkassen hergestellt werden.

Der Gesetzentwurf sieht ebenfalls zum 1. Januar 2019 die aus Sicht des vzbv notwendige Entlastung von Selbstständigen mit geringen Einkommen durch die Herabsetzung der für die GKV zu leistenden Mindestbeiträge vor. Angesichts der vielfach unverhältnismäßig hohen finanziellen Belastung der betroffenen Verbrauchergruppe ist eine zeitnahe Umsetzung von hoher Relevanz und kann in der Praxis zu einer spürbaren Entlastung der Versicherten beitragen.

Grundsätzlich ist es aus Verbrauchersicht auch nachvollziehbar, dass keine überhöhten finanziellen Rücklagen durch die Krankenkassen gebildet werden. Vor einem Zugriff auf die vorhandenen Finanzreserven muss jedoch ein Blick auf die Ursache der bei den Krankenkassen sehr unterschiedlich hohen Rücklagen geworfen werden. Die vereinfachte Schlussfolgerung, dass Kassen ohne Rücklagen schlecht wirtschaften, kann zwar im Einzelfall zutreffen, ist aber nicht das entscheidende Problem. Ausschlaggebend ist vielmehr der für das Finanzierungssystem grundlegende und unerlässliche finanzielle Ausgleich zwischen den Kassen. Der vzbv begrüßt daher ausdrücklich, dass ein Abschmelzen der Finanzreserven erst nach einer Reform des maßgeblichen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) frühestens ab dem Jahr 2020 erfolgen soll. Vor dem Zugriff auf die Rücklagen der Krankenkassen ist eine gezielte Weiterentwicklung auf Basis der bereits vorliegenden Gutachten unerlässlich. Angesichts der Vielzahl von Reformvorhaben der Bundesregierung im Bereich Gesundheit und Pflege, die mit deutlichen Kostensteigerungen verbunden sind, sollten die aktuell vorhandenen finanziellen Rücklagen in der GKV zudem in ihrer Höhe auch nicht überschätzt werden.

¹Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Die Finanzierungsregelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) waren in den vergangenen Jahren stetigen Veränderungen unterworfen. Verbraucher sind hiervon als Beitragszahler in der Regel direkt betroffen – zuletzt durch die Umsetzung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2015. Dies hatte zur Folge, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV unabhängig von der tatsächlichen Kostenentwicklung festgeschrieben wurde. Steigende Kosten innerhalb der GKV sind seitdem allein von den Versicherten in Form von Zusatzbeiträgen der Krankenkassen zu tragen.

Der aktuell vorgelegte Gesetzentwurf zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz) hat die Zielsetzung, dass die Beiträge zur GKV wieder von Arbeitgebern und Versicherten paritätisch getragen werden. Weitere Maßnahmen zielen darauf ab, die Beitragsbelastung von Selbstständigen mit geringem Einkommen zu senken, Beitragsschulden zu reduzieren und vorhandene Finanzreserven der Krankenkassen abzubauen.

Am 8. Oktober 2018 führt der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung zum vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung durch. Der vzbv bedankt sich für die Gelegenheit, zu den geplanten verbraucherrelevanten gesetzgeberischen Maßnahmen Stellung nehmen zu können.

In den folgenden Detailausführungen werden einzelne Vorhaben des Gesetzes einer kritischen Überprüfung zu unterzogen.

III. POSITIONEN IM EINZELNEN

1. RÜCKKEHR ZUR PARITÄTISCHEN FINANZIERUNG

Bis zum Jahr 2005 wurden die Beiträge in der GKV paritätisch von den Versicherten und Arbeitgebern getragen. In den folgenden Jahren wurde dieses Prinzip aufgegeben und mehrfach verändert, so dass die Versicherten einseitig finanziell stärker belastet sind. Zum 1. Januar 2015 wurde das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz erneut angepasst. Der allgemeine Beitragssatz wurde auf 14,6 Prozent festgelegt. Versicherte und Arbeitgeber tragen hiervon jeweils einen Anteil von 7,3 Prozent. Der Arbeitgeberbeitrag wurde auf 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben, was vom vzbv bereits im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens kritisiert wurde.² Dies hat seitdem zur Folge, dass alle zukünftigen Ausgabensteigerungen in der GKV allein von den Versicherten in Form von sogenannten Zusatzbeiträgen zu tragen sind.

Der durchschnittliche, zu leistende Zusatzbeitrag, der aus der Differenz der prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der GKV im kommenden Jahr ermittelt wird, beläuft sich 2018 auf 1,0 Prozent, weitere Erhöhungen sind aufgrund der Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren zu erwarten. Abhängig von den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen, welche die Krankenkassen aufgrund ihrer realen Finanzsituation erheben können, schwanken die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen. Die Versicherten sind dadurch mit deutlich voneinander abweichenden Zusatzbeiträgen von aktuell bis zu 1,7 Prozent konfrontiert.

Die finanzielle Entlastung der Versicherten durch die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist angesichts der zu erwartenden Ausgabenentwicklungen durch die Vielzahl aktueller kostenintensiver Reformbestrebungen der Bundesregierung im Gesundheitswesen sowie anderer Faktoren, wie dem medizinisch-technischen Fortschritt in den kommenden Jahren, unerlässlich. Diese Kosten wären ansonsten allein und auf Dauer von den Versicherten zu tragen. Bei der Diskussion um das „Für und Wider“ der paritätischen Finanzierung ist gerade dieser mittel- und langfristige Aspekt relevant, da vielfach lediglich die aktuelle Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages in den Blick genommen wird. Allerdings sind die Belastungen für die Versicherten bereits bei einem Zusatzbeitrag von 1,0 Prozent durchaus spürbar – insbesondere bei einem Blick auf die in der Praxis von den einzelnen Krankenkassen tatsächlich erhobenen individuellen Zusatzbeiträge.

In diesem Zusammenhang gilt es auch, Geringverdiener in den Blick zu nehmen. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge werden zwar einkommensabhängig erhoben, aber die finanzielle Belastung würde mit einem steigenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag in den kommenden Jahren deutlich zunehmen, da keinerlei Belastungsgrenzen existieren und alle Kassen nach und nach zwangsläufig höhere Zusatzbeiträge verlangen müssten.

Dem Argument einer wirtschaftsfördernden Abkoppelung von Lohnzusatzkosten und Gesundheitsausgaben steht der gravierende Nachteil entgegen, dass Arbeitgeber kein

² Vgl. u.a. vzbv, Zukünftige Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht allein den Versicherten aufbürden, 16.04.2014, <https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/Krankenversicherung-Stellungnahme-vzbv-2014-05-16.pdf> (Abruf am 21.09.2018)

Interesse an moderat ansteigenden Gesundheitsausgaben mehr haben, wenn ihr Beitrag nicht mit den wachsenden Ausgaben steigt.

Eine repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv im Jahr 2017 verdeutlicht den Wunsch der Verbraucher nach einer solidarischen und paritätischen Finanzierung der Gesundheitsvorsorge in Deutschland. 92 Prozent der damals befragten Verbraucher fanden die Forderung wichtig, dass die Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder gleichermaßen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden.³

Die zum 1. Januar 2019 vorgesehene Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beiträge zur GKV durch Arbeitgeber und Beschäftigte bzw. Rentenversicherung und Rentner begrüßt der vzbv ausdrücklich und vollumfänglich. Zur Vereinfachung der Finanzierungssystematik und zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs gegenüber dem Preiswettbewerb regt der vzbv allerdings an, komplett auf die Erhebung von individuellen Zusatzbeiträgen durch die Krankenkassen zu verzichten. Anstelle dessen sollte eine Möglichkeit zur Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes durch die einzelnen Krankenkassen in Abstimmung mit der jeweils zuständigen Aufsicht geschaffen werden, sofern dies aufgrund der jeweiligen Finanzsituation notwendig erscheint.

2. INFORMATIONSPFLICHTEN FÜR KRANKENKASSEN

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Rückkehr zur paritätischen Finanzierung hat aus Sicht des vzbv positive Auswirkungen auf die Entwicklung des qualitätsorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander. Preisunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen werden bei der aktuellen Finanzierungslogik ausschließlich von den Versicherten getragen, die auch die Entscheidung über Verbleib bei bzw. den Wechsel der Krankenkasse vornehmen. Jede Erhöhung von Beitragssätzen setzt damit unter prinzipiell wechselwilligen und -fähigen Versicherten erneut die Suche nach dem preislich günstigsten Angebot in Gang. Dieser Anreiz wird durch die Rückkehr zur Parität begrenzt.

Problematisch bleibt dabei allerdings, dass neben den Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen kaum transparente Informationen über die Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen vorliegen, so dass diese Faktoren nicht in eine rationale Auswahlentscheidung durch Versicherte einbezogen werden können. Es ist daher notwendig die Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenkassen zu stärken und damit den Wettbewerb um Qualität gegenüber reinen Kostenaspekten. Der vzbv begrüßt, wie bereits ausgeführt, die vorgesehenen finanziellen Entlastungen für Verbraucher, sieht jedoch den Bedarf an weiteren Maßnahmen.

Informationspflichten für Krankenkassen, die einen Überblick über die jeweiligen individuellen Service-, Beratungs- und Leistungsangebote geben, sind notwendig. Ebenso müssen die einzelnen Krankenkassen verpflichtet werden, zumindest ein-

³ vzbv, Verbraucherreport 2017, repräsentative Umfrage von KANTAR Emnid im Auftrag des vzbv, April 2017, https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/11/08/21465_vzbv_finanzierung_final_web.jpg (Abruf am 21.09.2018)

mal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen – also unter anderem transparent zu machen, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Kasse erfolgreich waren.

Der vzbv unterstützt daher die im Jahr 2017 von der damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, aufgestellte Forderung, die Widerspruchszahlen der Krankenkassen zu veröffentlichen. Dieses Vorgehen wird auch durch das Bundesversicherungsamt in seinem aktuellen Sondergutachten⁴ begrüßt. Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 ebenso 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung aus.⁵ Einzelne Krankenkassen gehen hier bereits vorbildlich auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Zahlen. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller für sie wählbaren Kassen ermöglichen.

Gelingen kann eine Stärkung des Qualitäts- gegenüber dem Preiswettbewerb nur dann, wenn Patienten die ihnen von den Krankenkassen angebotenen Versorgungsangebote beurteilen, das heißt vor allem vergleichend zur Grundlage von qualitätsgesicherten Wahlentscheidungen machen können. Hier fordert der vzbv mehr Transparenz ein.⁶ Müssen die Krankenkassen beispielsweise die Inhalte von Selektivverträgen nicht veröffentlichen, wird es zukünftig nur Wettbewerb um behauptete Qualität geben. Für die Patienten besteht dabei keine Transparenz hinsichtlich des Angebots und ihres Nutzen. Als Auswahlkriterium bleibt den Versicherten dann weiterhin nur der kassenindividuelle Zusatzbeitrag. Nichtsdestotrotz kann die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung den derzeit im Vordergrund stehenden Preiswettbewerb abmildern.

3. SENKUNG DES MINDESBEITRAGS FÜR SELBSTSTÄNDIGE

Bei der Beitragsberechnung von freiwillig gesetzlich krankenversicherten, selbstständig tätigen Verbrauchern wird die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt und es gibt die Besonderheit, dass im Gegensatz zum sonstigen Vorgehen in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung Mindestbemessungsgrundlagen für die Beitragsfestsetzung gelten, auch wenn das tatsächlich erzielte Einkommen niedriger liegt.

Selbstständige haben angesichts der veranschlagten Mindestbeiträge vielfach Probleme, ihre Beiträge zur GKV zu tragen. Dies führt bei den betroffenen Versicherten zu einer überdurchschnittlichen finanziellen Belastung durch die zu leistenden GKV-Versicherungsbeiträge und nicht selten zu Beitragsrückständen. Die grundlegende Annahme, dass Selbstständige grundsätzlich immer ein hohes Einkommen erzielen, ist falsch und entspricht in vielen Fällen nicht mehr den realen Lebensverhältnissen. Zu

⁴ Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 150.

⁵ vzbv, Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv, September 2017, https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf (Abruf am 21.09.2018)

⁶ Vgl. vzbv, Pressemeldung vom 13.10.2017, vzbv fordert umfangreiche Informationspflichten für Krankenkassen, <https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen> (Abruf am 21.09.2018)

nennen sind in diesem Zusammenhang insbesondere so genannte Solo-Selbstständige, wie Kioskbesitzer oder Taxiunternehmer. Dies wird auch in den Beratungen der Verbraucherzentralen vor Ort immer wieder deutlich.

Die in der Begründung zum Vorhaben einer Änderung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige im Gesetzentwurf vorgebrachte Annahme, dass sich durch die Veränderungen des Arbeitsmarktes in den letzten Jahren auch die selbstständige Tätigkeit verändert hat und viele Kleinunternehmer daher mit dem derzeitigen Mindestbeitrag überfordert sind, kann der vzbv deshalb aus der Praxis bestätigen.

Die vorgesehene Änderung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ist aufgrund dessen eine zielführende und nachvollziehbare Maßnahme des Gesetzgebers. Durch die Absenkung des maßgeblichen Anteils zur Berechnung der Mindestbemessungsgrundlage vom 40. Teil auf den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße in § 240 Absatz 4 SGB V, ergibt sich eine deutliche Entlastung. Die sich aus der geänderten Berechnungsgrundlage ergebende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für das Jahr 2018 beläuft sich laut Gesetzentwurf auf 1.141,88 (anstatt 2.283,75 Euro) Euro im Monat, was einem Mindestbeitrag von 171,28 Euro entspricht.

Die Verminderung der Beitragsbelastung von freiwillig gesetzlich versicherten Selbstständigen zum 1. Januar 2019 und die damit verbundene Entlastung dieser Versichertengruppe sind ausdrücklich zu begrüßen. Der vzbv weist jedoch darauf hin, dass das Einkommen von Solo-Selbstständigen teilweise noch geringer ausfällt. Dies gilt es bei Festlegung der Höhe des Mindestbeitrags mit in den Blick zu nehmen. Die Sinnhaftigkeit derartiger selbstständiger Tätigkeiten kann in Frage gestellt werden. Nichtsdestotrotz werden diese Versicherten ohne arbeitsmarktpolitische Maßnahmen durch die anfallenden Beiträge für ihre Krankenversicherung weiterhin überfordert sein.

4. ABBAU DER FINANZRESERVEN EINZELNER KRANKENKASSEN

Die finanzielle Entlastung von Verbrauchern durch die Senkung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist grundsätzlich zu begrüßen – dies gilt daher auch für den Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das von der Bundesregierung vorgesehene Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler wird vom vzbv jedoch zum jetzigen Zeitpunkt als äußerst problematisch angesehen. Zwei Aspekte liegen dieser Einschätzung zu Grunde:

- ❖ Die von CDU, CSU und SPD im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode vereinbarten Maßnahmen werden zu erheblichen Kostensteigerungen führen, wodurch sich die vorhandenen Rücklagen der Krankenkassen voraussichtlich kurz- und mittelfristig deutlich vermindern werden.
- ❖ Die Finanzreserven sind zwischen den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich verteilt. Vor gesetzgeberischen Maßnahmen zum Abschmelzen von vorhandenen Rücklagen müssen die Ursachen für die Ungleichverteilung eruiert und konkrete Maßnahmen zur Angleichung ergriffen werden.

In den Erläuterungen zum Gesetzgebungsvorhaben werden ab dem Jahr 2020 durch den teilweisen Abbau der Überschüsse der Krankenkassen über einen Zeitraum von drei Jahren jährlich Einsparungen von 0,5 bis 0,75 Milliarden Euro für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Aussicht gestellt. Dies ist angesichts der vom Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt für 2018 veranschlagten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von 236,15 Milliarden Euro⁷ ein eher symbolischer Betrag.

Die Vorhaben der Bundesregierung für die 19. Legislaturperiode im Bereich Gesundheit und Pflege werden deutlich höhere Leistungsausgaben verursachen. Die beiden neben dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz bereits in der Umsetzung befindlichen Gesetzgebungsvorhaben zeigen dies bereits eindrücklich auf.⁸ Aus Sicht des vzbv sollte der Gesetzgeber daher momentan auf Schritte zum Abbau der Rücklagen der Krankenkassen verzichten.

Die finanziellen Rücklagen der einzelnen Krankenkassen sind sehr unterschiedlich und einzelne Kassen haben zwar hohe Rücklagen, andere dafür aber keine. Vor einem Zugriff auf die Rücklagen braucht es daher eine fundierte wissenschaftliche Analyse der Ursachen für die offensichtliche Ungleichverteilung von Mitteln innerhalb der Kassenlandschaft. Der vzbv begrüßt daher ausdrücklich, dass vor dem Abbau von Finanzreserven, wie bereits im Koalitionsvertrag vorgesehen, aufbauend auf den Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes, der morbiditätsorientierte Risikoausgleich überprüft und mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt werden soll.⁹

Da Krankenkassen auch aus Sicht des vzbv keinesfalls die Funktion einer Sparkasse übernehmen sollten, können verpflichtende Vorgaben zur Höhe der Rücklagen in einem zweiten Schritt – wie im Gesetzentwurf frühestens ab 2020 vorgesehen – eine denkbare Option sein. Sie sollten den einzelnen Krankenkassen jedoch Spielräume zur Gestaltung gewähren.

Wie u.a. durch den Bundesrat in seiner Stellungnahme zum vorgelegten Gesetzentwurf angemerkt¹⁰, sind daneben weitere Maßnahmen notwendig – insbesondere die Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln. Dies wurde bereits in dem zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag vereinbart, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wurde dies jedoch nicht umgesetzt. Nur so ist eine langfristige und nachhaltige Gestaltung des Finanzierungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Verbraucher möglich.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass Krankenkassenwechsel aufgrund von Preisvorteilen überwiegend von jungen und gesunden Versicherten erfolgen.¹¹ Bei Krankheit,

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung vom 26.10.2017, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/4-quartal/festlegung-durchschnittlicher-zusatzbeitrag.html> (Abruf am 21.09.2018)

⁸ Vgl. u.a. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 26.09.2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/Kabinetvorlage_Gesetzesentwurf_TSVMG.pdf (Abruf am 28.09.2018)

⁹ Koalitionsvertrag 2018, Z 4771ff. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html> (Abruf am 21.09.2018)

¹⁰ Stellungnahme des Bundesrats zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 21.09.2018, <https://www.bundesrat.de/drs.html?id=375-18%28B%29> (Abgerufen am 28.09.2018)

¹¹ Vgl. u. a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Sondergutachten 2012“.

also im eigentlichen Versicherungsfall, fehlt es vielen Betroffenen an Zeit, Mut und Energie, um ihre Krankenkasse zu wechseln. In der Konsequenz verbleiben immer mehr „teure“ Versicherte in jenen Krankenversicherungen, die einen hohen kassenindividuellen Zusatzbeitrag verlangen. Um höhere Zusatzbeiträge zu vermeiden, bleibt den Krankenkassen nur, mit allen Mitteln ihre Ausgaben gering zu halten – häufig zu Lasten der Service- und insbesondere der Versorgungsqualität. Gesetzliche Krankenversicherungen mit besseren Leistungen, besonderen Satzungsleistungen oder insbesondere mit einer versichertenorientierten Vorgehensweise im Leistungsfall, laufen Gefahr, das Nachsehen zu haben. Aufgrund dieser Tatsache sieht der vzbv die in Abschnitt 2 ausgeführten Informationspflichten für Krankenkassen für ein funktionierendes Gesamtsystem als unerlässlich an.¹²

¹² Vgl. u. a. vzbv, Faktenblatt, Krankenkassen – mehr Qualitäts- statt Preiswettbewerb, November 2017, https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/11/07/17-11-07_vzbv_faktenblatt_gesetzliche_krankenversicherung.pdf (Abruf am 21.09.2018)