

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)53(34)
gel. VB zur öffent. Anh am
28.09.2022 - GKV-FinStG
28.09.2022



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG)

Stand: 27.09.2022

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfs	
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 4 Abs. 5 SGB V neu: Krankenkassen	9
§ 194a Abs. 3 und 3a SGB V neu: Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen	11
§ 221a Abs. 5 SGB V neu: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.....	12
§ 242 SGB V: Zusatzbeitrag	14
§ 260 Abs. 2 SGB V: Betriebsmittel	16
§ 271 SGB V: Gesundheitsfonds	17
§ 272b SGB V neu: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023	19

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) soll die für das Jahr 2023 konservativ geschätzte Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von geschätzt 17 Milliarden Euro gedeckt werden. Hierbei sollen – so die wiederholt bekundete Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit – die finanziellen Belastungen gerecht auf „alle Schultern“ im Gesundheitswesen verteilt werden.

Tatsächlich ist das genaue Gegenteil der Fall. Denn von der geschätzten Finanzierungslücke – bei der Unwägbarkeiten wie der Ukraine-Krieg, die Corona-Pandemie sowie die steigende Inflation und die Energiekostenexplosion sowie die Auswirkungen des letzten Entlastungspaketes noch nicht einberechnet sind – sollen direkt bzw. indirekt rund 11 Milliarden Euro, also gut zwei Drittel, allein von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der GKV, den Versicherten und Arbeitgebern, aufgebracht werden. Das ist weder gerecht noch nachhaltig und gefährdet die so wichtige wirtschaftliche Erholung nach der Corona-Pandemie zusätzlich.

Die Innungskrankenkassen lehnen deshalb die vom Bundesministerium für Gesundheit geplanten Maßnahmen, soweit sie die GKV und damit ihre Beitragszahlerinnen und Beitragszahler belasten, entschieden ab.

Dies gilt insbesondere für die sich aus dem Gesetz ergebende jährliche Mehrbelastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler durch die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um mindestens 0,3 Prozentpunkte (4,7 bis fünf Milliarden Euro).

Die Absenkung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, um dadurch Liquidität in Höhe von 2,4 Milliarden Euro freizustellen, hat die BDA korrekterweise als „Taschenspielertrick“ bezeichnet.

Auch die im Weiteren geplanten Maßnahmen, wie das Abschmelzen der Kassenreserven auf die Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben (vier Milliarden Euro), die Gewährung eines Bundesdarlehens in Höhe von einer Milliarde Euro sowie die Einschränkungen bezüglich der Reduzierung der sächlichen Verwaltungskosten, sind nicht zielführend, sondern kontraproduktiv.

So schwächt das erneute Abschmelzen der Kassenreserven – zuletzt durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) mit einer Abschöpfung in Höhe von acht Milliarden Euro – weiter das Sozialsystem. Durch das Abschmelzen der Rücklagen können die sich schon jetzt abzeichnenden Zusatzkosten

im Hinblick auf Inflation und steigende Energiepreise kaum noch aufgefangen werden. Puffer für derzeit noch nicht absehbare, zusätzliche Ausgabensteigerungen oder unvorhergesehene Höchstleistungsfälle sind damit nicht mehr gegeben. Die zwangsläufige Folge sind weitere Beitragssatzanhebungen zu Lasten der Beitragsgemeinschaft. Im Ergebnis wird diese doppelt belastet: Einmal durch die mit dem Entwurf angekündigte Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, zum anderen durch die mit dem Abbau der Finanzreserven drohende zusätzliche Beitragssatzerhöhung.

Zu Recht hat sich deshalb auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme dezidiert für die Streichung der Vorgaben zur Beschränkung der Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds sowie zum Vermögensabbau der Krankenkassen ausgesprochen. Denn die geplante erhebliche Reduzierung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Kombination mit dem Vermögensabbau bei den Krankenkassen kann zu Liquiditätsrisiken und beispielsweise zur drohenden Zahlungsunfähigkeit führen.

Daran vermögen auch die singulär vorgenommenen Verbesserungen – Aussetzung des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots für das Jahr 2023 sowie die Gewährung eines pauschalen Schonbetrages im Rahmen der Abführungsbeträge der Krankenkassen von nunmehr drei Millionen – nichts zu ändern.

Zwischenfazit:

Die Regelungen, die an die bereits in der letzten Legislaturperiode vorgenommenen Eingriffe in die Finanzreserven der Kassen anschließen, sind keine die GKV stabilisierende Maßnahmen, sondern schwächen die Sozialgemeinschaft zusätzlich. Was in den Pressekonferenzen des Bundesgesundheitsministers als „Entsparing“ angekündigt wurde, ist in Wahrheit eine Enteignung und eine Zwangssozialisierung. Die Eingriffe erfolgen zum Nachteil der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Lassen sich die Umverteilungen durch den Grundlohnenausgleich und den Morbi-RSA noch inhaltlich erklären, scheint diese Umverteilung mehr als willkürlich.

Ordnungspolitisch ebenfalls ein Sündenfall ist die Gewährung eines bis Ende 2026 rückzahlbaren Bundesdarlehens, da dies gerade nicht zu einer nachhaltigen Finanzierung führt. Denn schlussendlich muss das Darlehen wieder aus Beitragsmitteln bedient und zurückgezahlt werden. Es handelt sich somit lediglich um die Verschiebung einer Beitragssatzerhöhung in die Zukunft und belastet die Finanzlage der GKV über das Jahr 2023 hinaus.

Forderungen der Innungskrankenkassen

Vor diesem Hintergrund fordern die Innungskrankenkassen den Gesetzgeber eindringlich auf, den Entwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes hinsichtlich der die GKV und ihre Beitragszahlerinnen und Beitragszahler übermäßig und unzumutbar belastenden Regelungen nachzubessern und bestehende – teilweise schon im Koalitionsvertrag geeinte – Einsparpotentiale zu nutzen. Die GKV braucht nunmehr endlich eine nachhaltige Finanzierung und muss aus der Situation herauskommen, unverschuldet als Bittsteller gegenüber der Politik auftreten zu müssen.

Dies gilt umso mehr, als das finanzielle Defizit nicht auf Versäumnissen der GKV beruht. Der Bundesgesundheitsminister hat vielmehr stets deutlich gemacht, dass es sich bei dem Defizit um ein strukturelles Defizit handelt, das sich auch aus Entscheidungen der letzten Legislaturperiode – mit Beteiligung der SPD – ergibt. Die GKV hat in der letzten Legislaturperiode in Wahrnehmung ihrer Fürsorgepflicht für ihre Beitragszahlerinnen und Beitragszahler jeweils scharf die einzelnen Gesetze kritisiert und auf die nicht geregelte Finanzierung hingewiesen. Jetzt mit den Folgen nahezu vollständig die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu belasten, ist schlicht unangemessen und diesen nicht zumutbar.

Die wesentlichen Forderungen der Innungskrankenkassen im Einzelnen:

Anstatt eines einmaligen Bundeszuschusses in variabler Höhe pro Jahr sollte ein verlässlicher und an der Höhe der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen ausgerichtete Bundeszuschuss beschlossen werden.

Zu einer nachhaltigen Finanzierung der GKV gehört auch – wie im Koalitionsvertrag 2021 von allen Regierungsfractionen geeint – eine Dynamisierung des Bundeszuschusses. Der derzeit vorgesehene ergänzende Bundeszuschuss in Höhe von lediglich zwei Milliarden Euro – in dem im März 2022 bekannt gewordenen Entwurf war noch von fünf Milliarden Euro die Rede – ist dagegen nicht auskömmlich.

Des Weiteren fehlt ein – ebenfalls im Koalitionsvertrag ausgewiesener – höherer Beitrag für die ALG II-Beziehenden. So subventioniert die GKV derzeit den Bundeshaushalt allein für die unzureichenden Beiträge der ALG II-Bezieher mit rund zehn Milliarden Euro pro Jahr. In dieser Berechnung noch nicht enthalten sind die aufgrund des russischen Angriffskriegs aus der Ukraine nach Deutschland Geflüchteten, die hier Zugang zu Sozialleistungen haben. Mit den Kosten dieses politisch nachvollziehbaren und humanitär begrüßenswerten Solidaraktes werden die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler alleine gelassen. Hier und jetzt wäre daher das von der Politik schon

seit langem gegebene Versprechen endlich einzulösen. Denn allein mit dieser Maßnahme könnte die Finanzlücke über weit die Hälfte zeitnah und ohne bürokratischen Aufwand gedeckt werden.

Darüber hinaus müssen Bund, Länder und Kommunen ihren Finanzierungsverpflichtungen nachkommen, wie zum Beispiel bei der Investitionskostenfinanzierung bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in den Ländern. Eine gesetzliche Kontrolle hinsichtlich der Umsetzung ist dringend erforderlich.

Schließlich müssen die Krankenkassen die ihnen genommenen Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten zurückerhalten. Hierzu zählen insbesondere wieder mehr Rechte bei der Prüfung der Krankenhausrechnungen und bei der Ausgestaltung von Rabattverträgen. Durch die Absenkung der Prüfquoten hat sich die Anzahl der beanstandeten Schlussrechnungen gemäß GKV-Spitzenverband um 30 Prozent verringert. Dadurch hat sich der Rückerstattungsbetrag von 2,385 Milliarden auf 1,69 Milliarden Euro reduziert. Geld, das jetzt bei der GKV fehlt.

Einsparungen in anderen Bereichen

Sofern im Rahmen des Entwurfs Einsparungen auf Seiten der Leistungserbringer und im Arzneimittelbereich vorgesehen sind, wird dies seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Aber auch hier bestehen noch Optimierungsbedarfe, die der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme ausführt.

Allerdings ist an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die insofern geplanten Regelungen lediglich Mehreinnahmen in Höhe von fünf Milliarden vorsehen. Hier hätte die GKV-Gemeinschaft im Sinne einer ausgleichenden Gerechtigkeit eindeutig mehr vom Gesetzgeber erwartet. Auch dass die ursprünglich im Referentenentwurf mit zwei Milliarden Euro angesetzte Solidarabgabe der Pharmaindustrie nun im Rahmen des Gesetzentwurfs in Form eines Herstellerabschlags auf eine Milliarde herabgesetzt worden ist, verstärkt die Kritik, dass es nicht um eine gleichmäßige Belastung aller geht.

Zwar begrüßen wir die Verlängerung des Preismoratoriums um weitere vier Jahre sowie beispielsweise die vorgesehene Erhöhung des Apothekenabschlags auf zwei Euro für zwei Jahre. Diese Regelungen sind aber nicht ausreichend.

Das gilt insbesondere für die geplante Regelung, die rückwirkende Geltung des Erstattungsbeitrags ab dem siebten Monat nach Markteintritt gelten zu lassen. Eine solche Maßnahme vermag die gefürchteten „Mondpreise“ bei Markteintritt nicht zu verhindern, sondern führt lediglich dazu, dass die Preise innerhalb der ersten sechs Monate entsprechend erhöht werden. Richtig wäre es deshalb, dass die rückwirkende

Gültigkeit des Erstattungsbetrags ab dem ersten Tag der Verordnungsfähigkeit Geltung hätte.

Völlig unverständlich ist es, dass der Gesetzgeber die noch mit dem Entwurf im März für den Arzneimittelbereich angekündigte Absenkung der Mehrwertsteuer von derzeit 19 Prozent auf den reduzierten Satz von sieben Prozent wieder gestrichen hat. Gerade diese Maßnahme wäre sowohl zeitnah umsetzbar als auch nachhaltig gewesen. Sie stellt zudem keine Belastung der Hersteller und damit des Pharmaindustriestandortes Deutschlands dar. Viele andere europäische Länder erheben – wenn überhaupt – nur einen im Vergleich zu Deutschland deutlich reduzierten Steuersatz (zum Beispiel Italien zehn Prozent, Griechenland sechs Prozent, Spanien vier Prozent, Frankreich lediglich 2,1 Prozent und in Schweden fällt bei verschreibungspflichtigen Präparaten gar keine Steuer an). In Deutschland hat die GKV dagegen allein im Jahr 2020 für die Arzneimittelausgaben mehr als fünf Milliarden Euro an Mehrwertsteuer an den Bundeshaushalt abgeführt.

Was den Apothekenbereich angeht, so empfehlen die Innungskrankenkassen dem Gesetzgeber, das bereits im Jahr 2017 veröffentlichte BMWi Honorar-Gutachten heranzuziehen und die dort aufgeführten Vorschläge für Effizienzgewinne, die mit 1,24 Milliarden Euro jährlich beziffert wurden, umzusetzen.

Schließlich sind die längst überfälligen Strukturreformen tatkräftig in Angriff zu nehmen. Dies gilt insbesondere für die schon seit langem erwartete Krankenhausstrukturreform und Reformen im sektorübergreifenden Bereich. Weitere zeitliche Verzögerungen kann sich das Gesundheitssystem nicht mehr leisten.

Fazit

Der vorliegende Entwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes ist das Gegenteil einer fairen Lastenverteilung. Er stellt eine einseitige Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler dar und zugleich einen massiven Angriff auf die GKV und deren Finanzhoheit. Die vorgestellten Regelungen haben mit nachhaltigen Lösungen nichts zu tun, sondern verschieben die Lösung der Probleme auf die nächsten Jahre.

Der Gesetzgeber ist insofern gefordert, konsequent nachzubessern – und dieses Mal zu Gunsten der Beitragsgemeinschaft. Denn nur dann kann seriös von einer gerechten und zugleich nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finzen die Rede sein.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu den die GKV und ihre Beitragszahlerinnen und Beitragszahler betreffenden Maßnahmen des Gesetzentwurfes.

Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen. Dies gilt auch für den ergänzenden Änderungsbedarf hinsichtlich der Informationsverpflichtung der Krankenkassen im Rahmen der Zusatzbeitragserhöhung (§ 175 Absatz 2 SGB V).

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 4 Abs. 5 SGB V neu: Krankenkassen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Veränderungsrate der sächlichen Verwaltungsausgaben wird für das Jahr 2023 auf maximal 3,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr begrenzt. Die Ausgabenbegrenzung gilt nicht für Kosten, die sich für die Teilnahme am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bzw. für die Begleichung der Kostenumlage für dieses Modellprojekt ergeben. Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e SGB V bleiben ebenfalls unberücksichtigt.

Bewertung

Angesichts des Fehlbetrags in Höhe von geschätzt 17 Mrd. Euro für die GKV im Jahr 2023 hat die Begrenzung der Verwaltungsausgaben um 25 Millionen Euro lediglich eine ideelle Bedeutung. Trotzdem erfolgt mit der vorgesehenen Begrenzung der Verwaltungsausgaben ein Eingriff in das operative Geschäft und die Autonomie der Krankenkassen. Die Entscheidung über die Gestaltung der sächlichen Verwaltungsausgaben muss Aufgabe der Krankenkassen bleiben.

Durch die vorgesehene pauschale Absenkung der Verwaltungsausgaben werden die Krankenkassen bestraft, die bereits in der Vergangenheit Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungseffizienz vorgenommen haben und die Kosten in den vergangenen Jahren senken konnten.

Als sächliche Verwaltungsausgaben gelten für die Krankenkassen nicht nur Ausgaben für die eigene Organisation, also z. B. Investitionen in die Digitalisierung der Verwaltung, sondern auch Beiträge an Krankenkassenverbände (u. a. auch GKV-Spitzenverband) sowie Beiträge an sonstige Verbände und Vereine. Hierzu zählt u. a. die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR). In den Beiträgen enthalten sind sowohl Personal- wie auch Sachkosten. Damit schlagen Aufgabenerweiterungen aufgrund von Gesetzen für die beispielhaft genannten Verbände direkt auf die sächlichen Verwaltungsausgaben durch. Anders als in der gesetzlichen Neuregelung vorgesehen, würde die Begrenzung von sächlichen Verwaltungsausgaben damit zu einer Begrenzung von personellen Verwaltungsausgaben in anderen Organisationen führen.

Eine Begrenzung der Mehrausgaben für sächliche Verwaltungskosten ist nicht realistisch. Es ist davon auszugehen, dass allein die Betriebskosten um mindestens 50 Prozent steigen. Dabei nicht eingerechnet sind notwendige Investitionen in Nachhaltigkeit, wie bei der Umstellung auf erneuerbare Energien bei Eigentumsobjekten. Bereits geplante Instandhaltungsmaßnahmen werden mit den zu erwartenden Preissteigerungseffekten unter einer Verwaltungskostendeckelung nicht wie geplant realisiert werden können. Bei einer späteren Umsetzung drohen höhere Kosten. Der Weg zu einer digitalen Verwaltung wird durch fehlende Investitionsmöglichkeiten nicht unerheblich verlangsamt. Auch die gesetzlich vorgesehenen Entwicklungen der ePA (inkl. Betrieb der ePA), die Weiterentwicklung des eRezeptes sowie die Umsetzung der Aufgaben im Kontext zum Onlinezugangsgesetz (OZG) werden durch diese Begrenzung erschwert.

Zu den sächlichen Verwaltungsausgaben zählen auch die Prüfungskosten nach § 274 SGB V, die in den letzten Jahren massiv gestiegen sind, auf die die Kassen aber keinen Einfluss haben, weil sie sich aus den Prüfhandlungen der BAS ergeben.

Die Vorgaben des Gesetzgebers zur Begrenzung der sächlichen Verwaltungsaufgaben der einzelnen Krankenkassen, die nicht um mehr als drei Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöht werden dürfen, sind damit – wie auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zutreffend ausführt – nicht nur nicht sachgerecht, sondern auch realitätsfern.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 a) und b)

§ 194a Abs. 3 und 3a SGB V neu: Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen

Beabsichtigte Neuregelung

Die nachgewiesenen Kosten für die Ausschreibung und Beauftragung externer Dienstleister sowie für Sach- und Personalkosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen zur Vorbereitung und Durchführung der Online-Wahlen wird auf alle Krankenkassen umgelegt. Es werden Regelungen getroffen, wie die Personalkosten einbezogen werden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung übernimmt die Aufgabe, das Umlage- und Erstattungsverfahren für die Kosten des Modellprojekts der Online-Wahlen durchzuführen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Finanzierung der Gesamtkosten für das Modellprojekt klar definiert wird. Gleichwohl ist kritisch zu sehen, dass die Finanzierung der Gesamtkosten durch sämtliche Krankenkassen erfolgt. Die Innungskrankenkassen sprechen sich für eine Steuerfinanzierung aus. Hierfür spricht auch, dass es erklärtes Ziel der Entwicklung eines Online-Wahlverfahrens für den Bereich der Sozialwahlen ist, auch für andere Online-Wahlen über die Sozialversicherung hinaus ein Instrument zu entwickeln. Dieses wäre als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht allein von den Versicherten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zu finanzieren.

Änderungsvorschlag

Steuerfinanzierung der Entwicklung des Modellprojektes.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 221a Abs. 5 SGB V neu: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds wird im Jahr 2023 um zwei Milliarden Euro erhöht. Durch diesen ergänzenden Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds soll in Verbindung mit weiteren Maßnahmen ein Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und die damit einhergehende finanzielle Belastung der Beitragszahlenden begrenzt werden.

In diesem Zusammenhang wird nach dem Entwurf des Haushaltsgesetzes 2023 durch den Bund für das Jahr 2023 zudem ein Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro an den Gesundheitsfonds geleistet.

Bewertung

Die Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds zur Stabilisierung der finanziellen Lage der Krankenkassen und zur Begrenzung des Anstiegs des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes ist bei weitem nicht ausreichend. Kritisch sind die Höhe des Zuschusses und die Begrenzung der Maßnahme allein auf das Jahr 2023. Durch die anderen vorgesehenen Maßnahmen durch den Gesetzgeber (u. a. Abschmelzen der Finanzreserven der Krankenkassen, Bundesdarlehen) werden die Beitragszahlenden schon über Gebühr belastet. In Zeiten einer hohen Inflation, insbesondere durch die rasant steigenden Energie- und Lebensmittelpreise, ist eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler, also der Arbeitgeber und Versicherten, nicht hinnehmbar.

Ordnungspolitisch ein Sündenfall ist die Gewährung eines Bundesdarlehens, da es gerade nicht zu einer nachhaltigen Finanzierung führt. Denn schlussendlich muss das Darlehen wieder aus Beitragsmitteln bedient und zurückgezahlt werden. Es handelt sich somit lediglich um die Verschiebung einer Beitragssatzerhöhung in die Zukunft und belastet die Finanzlage der GKV über das Jahr 2023 hinaus. Darüber hinaus stellt die Kreditfinanzierung der GKV – wie auch der Sozialen Pflegeversicherung – einen Systembruch dar und konterkariert damit das bestehende Kreditaufnahmeverbot der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag

Der Bundeszuschuss sollte den gesetzlichen Krankenkassen regelhaft die Ausgaben für die versicherungsfremden Leistungen ausgleichen. Hierzu bedarf es einer präzisen Definition und regelmäßigen Überprüfung der versicherungsfremden Leistungen. Das unabhängige IGES Institut beziffert diese versicherungsfremden Leistungen für das Jahr 2021 mit knapp 50 Milliarden Euro. Zu einer nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gehört auch eine Dynamisierung des Bundeszuschusses, wie sie im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode angekündigt wurde.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 a)

§ 242 SGB V: Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

a) § 242 Absatz 1 Satz 4

Die Neuregelung ergänzt die in Artikel 1 Nr. 23 beabsichtigte Änderung in § 260, mit der die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, wenn diese die gesetzlich neu definierte Obergrenze überschreiten. Krankenkassen sollen ihre Zusatzbeiträge daher solange nicht anheben dürfen, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen von aktuell 0,8 wird auf das 0,5-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe gesenkt. Diese Grenze gilt auch für das Anhebungsverbot für Zusatzbeitragssätze nach § 242 Absatz 1 Satz 4.

Bewertung

a) Die Verpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, werden weiter forciert, wenn diese die erst im Jahr 2020 abgesenkte gesetzlich definierte Obergrenze überschreiten. Nunmehr sollen Krankenkassen ihre Zusatzbeiträge solange nicht anheben dürfen, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze von jetzt neu 0,5 des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags überschreiten.

Die Innungskrankenkassen lehnen die Senkung der Grenze des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots ab. Die Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut deutlich beschnitten, ohne einen Mehrwert erkennen zu lassen.

Die geplante erhebliche Reduzierung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Kombination mit dem Vermögensabbau bei den Krankenkassen kann zu Liquiditätsrisiken und beispielsweise zur drohenden Zahlungsunfähigkeit führen. Zu Recht hat sich deshalb auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme dezidiert für die Streichung der Vorgaben zur Beschränkung der Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds sowie zum Vermögensabbau der Krankenkassen ausgesprochen.

An dieser Einschätzung vermögen auch die singulär vorgenommenen Verbesserungen – Aussetzung des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots für das Jahr 2023 sowie

die Gewährung eines pauschalen Schonbetrages im Rahmen der Abführungsbeträge der Krankenkassen von nunmehr drei Millionen Euro– nichts zu ändern.

Änderungsvorschlag

Zu Nummer 22 a)

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 a)

§ 260 Abs. 2 SGB V: Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

a) § 260 Abs. 2 Satz 1 und 2

Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen wird von bisher 0,8 auf das 0,5-fache einer Monatsausgabe abgesenkt.

Bewertung

a) Die Innungskrankenkassen lehnen die weitere Senkung der gesetzlich zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen ab.

Die Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut deutlich beschnitten. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Der bestehende Einschnitt bedarf keiner weiteren Verschärfung. Insbesondere, da die Vermögen ohnehin abgeschmolzen werden sollen.

Änderungsvorschlag

Zu Nr. 23 a)

Streichung der Regelung und infolgedessen auch Streichung von Nr. 15, § 167 SGB V.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 a) – b)

§ 271 SGB V: Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 26 a)

Durch die Neufassung von § 271 Absatz 2 Satz 4 wird die Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach Ablauf eines Geschäftsjahres von 50 Prozent auf 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds abgesenkt (2022 rund 5,5 Milliarden Euro). Gleichzeitig wird durch den neuen Absatz 2 Satz 5 festgelegt, dass etwaige die Obergrenze überschreitende Mittel vollständig in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr überführt werden. Überschüssige Mittel des Gesundheitsfonds werden damit dauerhaft an die Krankenkassen als zusätzliche Zuweisungen ausgeschüttet.

Nr. 26 b)

Durch den neuen § 4 Absatz 5 wird bestimmt, dass die Krankenkassen im Bereich der sächlichen Verwaltungsausgaben im Jahr 2023 insgesamt einen Betrag in Höhe von rund 25 Millionen Euro einsparen. Umgesetzt wird dies, indem die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten, um 25 Millionen Euro gemindert werden. Dem BAS wird vorgegeben, den Bereinigungsbeitrag bei den Zuweisungen an die Krankenkassen für Verwaltungsausgaben umzusetzen.

Bewertung

In einer finanziellen Zwangslage ist eine Absenkung von Mindestrücklagen grundsätzlich nachvollziehbar. Problematisch ist aber eine Kombination aus Absenkung der Mindestrücklagen an mehreren Stellen und einem Zusatzbeitrags-Anhebungsverbot, wie im Gesetzentwurf vorgesehen. Wenn es durch die Absenkung der Mindestrücklage im Gesundheitsfonds zu verspäteten Zuweisungen an die Kassen kommen würde, drohen kurzfristige Liquiditätsprobleme bei den Kassen.

Die einmalige Absenkung der Zuweisungen um 25 Millionen mit Blick auf die sächlichen Verwaltungsausgaben ist eine populistische Maßnahme, die angesichts des geschätzten Fehlbetrags von 17 Milliarden Euro in 2023 nur deklaratorische Wirkung hat. Dieser Verdacht wurde durch die Einlassungen des Bundesgesundheitsministers im Rahmen der Ersten Leistung des Gesetzes im Deutschen Bundestag noch einmal

erhärtert. Sein Hinweis auf Pensionsverpflichtungen für Vorstände und seine Kritik an die Höhe von Vorstandsvergütungen wirkten ebenfalls populistisch begründet.

Durch eine pauschale Absenkung der Zuweisungen werden auch hier wieder die Kassen bestraft, die bereits in der Vergangenheit Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungseffizienz vorgenommen haben.

Als sächliche Verwaltungsausgaben gelten für die Krankenkassen nicht nur Ausgaben für die eigene Organisation, also z. B. Investitionen in die Digitalisierung der Verwaltung, sondern auch Beiträge an Krankenkassenverbände (u. a. auch GKV-Spitzenverband) sowie Beiträge an sonstige Verbände und Vereine. Hierzu zählt u. a. die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR). In den Beiträgen enthalten sind sowohl Personal- wie auch Sachkosten. Damit schlagen Aufgabenerweiterungen aufgrund von Gesetzen für die beispielhaft genannten Verbände direkt auf die sächlichen Verwaltungsausgaben durch.

Zu den sächlichen Verwaltungsausgaben zählen auch die Prüfungskosten nach § 274 SGB V, die in den letzten Jahren massiv gestiegen sind, auf die die Kassen aber keinen Einfluss haben, weil sie sich aus den Prüfhandlungen der BAS ergeben.

Änderungsvorschlag

Nr. 26

- a) Die Absenkung ist nur akzeptabel, wenn verspätete Zuweisungen an die Krankenkassen aufgrund fehlender Liquidität des Gesundheitsfonds ausgeschlossen werden können.
- b) Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 272b SGB V neu: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 Satz 1 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2023 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt.

Maßgeblich sind die Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse ausweislich ihrer dem BMG über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen am 15. Juni 2022 gemeldeten endgültigen Rechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) für das Geschäftsjahr 2021. Spätere Korrekturen durch einzelne Krankenkassen werden nicht berücksichtigt.

Abgeschöpft werden die oberhalb der Mindestrücklage nach § 261 Absatz 2 Satz 2 vorhandenen Finanzreserven. Davon werden 90 Prozent oberhalb von 0,3 Monatsausgaben herangezogen. Zusätzlich 65 Prozent oberhalb von 0,2 Monatsausgaben und unterhalb von 0,3 Monatsausgaben herangezogen. Für die Ermittlung der kassenindividuellen Abführungsbeträge erfolgt nunmehr ein pauschaler Abzug von drei Millionen Euro als Schonbetrag für Hochkostenfälle. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden damit im Jahr 2023 einmalig rund 4 Milliarden Euro zugeführt.

Das BAS erlässt Bescheide gegenüber den einzelnen Krankenkassen über die Höhe der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Beträge. Um das Ziel der gerechten Verteilung der Beitragsbelastung zwischen den Mitgliedern der GKV im Jahr 2023 nicht zu gefährden, entfällt die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen die Bescheide des BAS und die darauf beruhende Verrechnung mit den monatlichen Zuweisungen.

Das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot nach § 242a Abs. 1 Satz 4 wird für das Jahr 2023 ausgesetzt.

Bewertung

Die Aussetzung des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots für das Jahr 2023 wird ebenso begrüßt wie die Erhöhung des Schonbetrages von zwei auf drei Millionen Euro.

Ansonsten wird die Regelung, die an den bereits in der letzten Legislaturperiode vorgenommenen Eingriff in die Finanzreserven der Kassen anschließt, abgelehnt. Was

der Bundesgesundheitsministers als „Entsparing“ verkündet hat, stellt in Wahrheit eine Enteignung und eine Zwangssozialisierung dar. Der Eingriff erfolgt zum Nachteil der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Lassen sich die Umverteilungen durch den Grundlohnausgleich und den Morbi-RSA noch inhaltlich erklären, scheint diese Umverteilung willkürlich. Problematisch ist, dass bei der Auswahl der Bezugsgröße „Monatsausgabe“ im Jahr 2021 eine Normierung auf nicht durch COVID-verzerzte Werte unterblieben ist.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte es bei der Regelung bleiben, muss eine Normierung der Monatsausgabe auf nicht durch COVID-verzerzte Werte erfolgen.