

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt, Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung
– Drucksachen 19/4454, 19/4552, 19/5112 –**

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz werden verschiedene Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD umgesetzt, allen voran die Wiedereinführung der paritätischen Beitragsfinanzierung und die Halbierung des Mindestbeitrags für Selbständige in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die bessere Absicherung von Soldaten auf Zeit. Zudem gibt es Regelungen zur Beendigung der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts des oder der Betroffenen nicht mehr ermittelt werden kann und zur Verhinderung fiktiver Beitragsschulden. Schließlich sollen die Krankenkassen einen Teil ihrer Rücklagen zur Senkung der Beiträge zu verwenden.

Die Wiedereinführung der paritätischen Beitragsfinanzierung und die Halbierung des Mindestbeitrags für Selbständige waren überfällig. Auch die Statistikvereinbarung im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung ist im Grunde sinnvoll, jedoch ist darauf zu achten, dass hier nicht tatsächlich Bedürftigen wie z. B. Obdachlosen der Krankenversicherungsschutz verwehrt wird.

Die strengeren Vorgaben zur Rücklagenauflösung werden angesichts der kommenden zusätzlichen Ausgaben durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TVSG) und durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) kaum beim Versicherten ankommen. Sie greifen in die Autonomie der Selbstverwaltung ein und engen den Spielraum ein, in gute Versorgung der Versicherten zu investieren.

Der Wettbewerb um die niedrigsten Beitragssätze wird durch den Zwang, die Rücklagen zur Beitragssenkung einzusetzen, erneut verschärft, weil die Rücklagen höchst ungleich verteilt sind. Das liegt u. a. an den Mechanismen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), der darum in einigen Punkten reformbedürftig ist.

Gänzlich fehlen Regelungen, die den Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität stärken, indem sie den Einsatz der Krankenkassen für eine gute Versorgung ihrer Versicherten, eine gute Servicequalität und den vorbildlichen Umgang mit den sozialen Bürgerrechten ihrer Versicherten belohnen.

Weiterhin fehlt eine Regelung zur solidarischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist – allerdings völlig unverbindlich – eine schrittweise Einführung kostendeckender Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II vereinbart worden.

Im Gesetzentwurf wurde auch geregelt, dass der Aktienanteil für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen von 10 auf 20 Prozent erhöht wird. Das ist eine Anpassung an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes und vor dem Hintergrund der geringen Zinsen bei Sparanlagen sinnvoll. Allerdings sollte im Sinne eines verantwortlichen Umgangs mit Beitragsgeldern darauf geachtet werden, dass nur in nachhaltige Anlagen investiert wird.

- II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,
1. es den Versicherten zu ermöglichen, eine informierte Entscheidung zur Wahl ihrer Krankenkassen zu treffen und darum auf der Grundlage des von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Gutachtens zügig ein System zur transparenten Messung und Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen zu etablieren;
 2. es den Krankenkassen insbesondere wie vom Bundesrat vorgeschlagen durch eine Neufassung des § 135d SGB V zu ermöglichen, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Verträge zur Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie zur Förderung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen zu schließen;
 - 3a. den fairen Wettbewerb zwischen den Kassen zu ermöglichen und darum die Vorschläge aus den beiden aktuellen Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt zu den Wirkungen sowie zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zügig umsetzen und einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen. Dazu gehören insbesondere die zügige Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien zum 1. Januar 2020 sowie einer zertifizierten Software zur Kodierung, die Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA und die Wiedereinführung eines Risiko- bzw. Hochkostenpools. Regelmäßige Evaluierungsberichte des Morbi-RSA müssen ebenfalls gesetzlich verankert werden;
 - 3b. sich mit den Ländern über eine einheitliche Aufsichtspraxis für alle bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen zu einigen;
 4. die Subventionierung des Bundeshaushaltes aus Beitragsmitteln der gesetzlich Versicherten zu beenden und hierzu die durch den Bund gezahlten Krankenversicherungsbeiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II schrittweise auf ein angemessenes Niveau anzuheben;

5. dafür zu sorgen, dass der Krankenversicherungsschutz für diejenigen EU-Bürger, deren Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches die Krankenkasse nicht ermitteln konnte, rückwirkend wiederhergestellt werden kann, wenn sie bspw. aufgrund von Wohnungslosigkeit nicht auffindbar waren;
6. dafür zu sorgen, dass die für gesetzliche Krankenkassen geltende Option, in Eurodenominierte Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements anzulegen, um Nachhaltigkeitskriterien im Sinne ökologischer, sozialer und ethischer Belange ergänzt wird.

Berlin, den 16. Oktober 2018

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1.: Während sich Leistungserbringerinnen und -erbringer in zunehmenden Maße Qualitätsvergleichen stellen müssen, sind die gesetzlichen Krankenkassen davon bislang nicht erfasst. Dabei haben Krankenkassen durch die Gestaltung der Versorgung, durch eigene Anstrengungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten sowie durch Maßnahmen zur Unterstützung von Gesundheitsförderung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert wird bzw. ob Versicherte ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden und Hilfe finden. Vielmehr müssen die Kassen die Möglichkeit bekommen, mit guter Versorgung und erstklassigem Service punkten zu können. Vor diesem Hintergrund muss zügig und auf Grundlage des von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Gutachtens ein System zur Messung und Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen etabliert werden. Die Bewertung kann zum Beispiel auf Versichertenbefragungen, den Gesundheitsergebnissen der jeweiligen Krankenkasse unter Einbeziehung soziodemografischer Kriterien beruhen, auf der Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie etwa dem Engagement für bestimmte Versichertengruppen (etwa sozial Benachteiligte oder Menschen mit Behinderung), dem Einsatz für regional vernetzte patientengerechte Versorgungskonzepte, dem Umgang mit sozialen Bürgerrechten der Versicherten oder der Zugangsgerechtigkeit der jeweiligen Krankenkasse. Die Versicherten bekämen damit ein Instrument an die Hand, um Krankenkassen auf der Grundlage sinnvoller und verständlicher Qualitätskriterien miteinander zu vergleichen. Die Krankenkassen würden damit einen größeren Anreiz erhalten, sich um eine bessere Versorgung ihrer Versicherten zu bemühen. Auf diese Weise würde die Bedeutung der Versorgungsqualität im bisher vor allem auf Preis- bzw. Beitragsunterschiede setzenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Sinne der Versicherten ausgebaut.

Zu 2.: Eine vergleichbare Regelung findet sich auch in der Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-VEG (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18, S. 6ff.).

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c SGB V). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage. Die Neufassung des § 135d SGB V soll die Krankenkassen oder ihre Verbände in die Lage versetzen, mit den in der Regelversorgung vorgesehenen und etablierten Akteuren, auch durch mehrseitige Verträge, kurzfristig und auch regional Regelungen zu schaffen, damit den Versicherten Leistungen zur Verfügung gestellt werden können. Diese Verträge sollen ergänzend oder übergangsweise, bis zur Einführung in die Regelversorgung oder bis zur Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses, möglich sein. Es ist den Vertragspartnern damit möglich, den Versicherten flächendeckend und schnell Lösungen aufgrund der Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes oder der technischen Möglichkeiten anzubieten.

Zu 3a.: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist für die solidarische Krankenversicherung von zentraler Bedeutung. Dieses Instrument verhindert Risikoselektion innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten junger, gesunder und einkommensstarker Versicherter und ermöglicht so einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Allerdings gibt es in einigen Bereichen Nachbesserungsbedarf, um die bestehenden Defizite im Morbi-RSA und der sozialen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beheben. Mit den beiden aktuellen Gutachten des wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt wurden diverse Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vorgelegt.

Eine zügige Weiterentwicklung ist deshalb notwendig, um zu verhindern, dass Krankenkassen mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten in eine existenzielle Schieflage geraten. Denn wenn sich die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung auf den ersten Blick derzeit auch positiv entwickelt, deuten einige Indikatoren wie bspw. die Höhe des Zusatzbeitrages darauf hin, dass bei einigen Krankenkassen gleichwohl Grund zur Sorge besteht. Eine vielfältige Kassenlandschaft ist notwendig für einen Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Und gerade kleine Kassen, die leicht ins Schleudern geraten können, bspw. aufgrund von Hochkostenfällen, punkten häufig durch innovative, patientenorientierte Versorgungskonzepte.

Im Kabinettentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TVSG) ist zwar vorgesehen, die KBV zu beauftragen, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu schaffen und eine fortlaufende Aktualisierung der Regelungen zur Kodierung zu gewährleisten. Ferner soll im Rahmen der bereits bestehenden Verpflichtung zur Zertifizierung der Praxisverwaltungssysteme sichergestellt werden, dass die neuen Regeln einheitlich implementiert sind und die Kodierung unabhängig vom Softwareanbieter jeweils den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Die einheitlichen Kodierrichtlinien und die Anpassung der Software der Praxisverwaltungssysteme sollen jedoch erst zum 1. Januar 2022 wirksam werden. Bei der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien kann auf bereits vorliegende Vorarbeiten zurückgegriffen werden, weshalb eine zügige Umsetzung zum 1. Januar 2020 möglich erscheint.

Außerdem ist die zügige Reform des Morbi-RSA nötig. Dazu gehört die schnelle Wiedereinführung eines Hochrisikopools, die Aufhebung der Begrenzung der in den Morbi-RSA einzubeziehenden Krankheiten sowie die Umsetzung einer Regionalkomponente. Bei letzterer ist darauf zu achten, dass Über- bzw. Unterversorgung (bspw. die Dichte des Versorgungsangebots vor Ort) nicht weiter zementiert werden. Das Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 27. November 2017 zeigte, dass die vollständige Einbeziehung aller Krankheiten in den Morbi-RSA (Vollmodell) zu einer im Vergleich zum Status quo größeren Zielgenauigkeit der Zuweisungen bezogen auf die Risikostruktur der jeweiligen Versicherten und insbesondere einer deutlichen Reduzierung der Überdeckung von Versicherten ohne Krankheit führt. Insofern sollte perspektivisch die Einschränkung des im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheitsspektrums aufgegeben werden. Dies führt laut dem erwähnten Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirates im Ergebnis auch zu weniger Bürokratie und setzt Ressourcen im Bundesversicherungsamt für eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA frei. Mit einer solchen ist der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt gesetzlich zu beauftragen (etwa alle zwei bis drei Jahre). In diese Evaluation ist auch die regionale Marktkonzentration bei den gesetzlichen Krankenkassen einzubeziehen.

Zu 3b.: Darüber hinaus sollte auch eine Reform der Krankenkassenaufsicht in Angriff genommen werden mit dem Ziel, für wettbewerbsrelevante Themen eine einheitliche Aufsicht auf Bundesebene einzuführen; zumindest aber sollte die Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern, vor allem in den wettbewerbsrelevanten Fragen, stärker vereinheitlicht werden.

Zu 4.: Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind ebenso Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wie Arbeitnehmer oder Rentner und haben entsprechend am solidarischen Prinzip der GKV teil. Darum ist nicht ersichtlich, warum der Beitrag für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht einer Verbeitragung ihres Einkommens entspricht, sondern mit dem 0,2155fachen der monatlichen Bezugsgröße willkürlich festgelegt wurde. Im Jahr 2018 entspricht das einem monatlichen Einkommen von 656,20 EUR. Darauf werden pro erwerbsfähigem Leistungsberechtigten nach dem SGB II 98,43 Euro als Beitrag aus Steuermitteln an die GKV überwiesen. Die tatsächlichen Einkommen, aus dem Regelsatz, Mehrbedarfen und den Kosten für Wohnen und Heizen liegen jedoch im Durchschnitt höher. Entsprechend fehlt eine beträchtliche Summe, die derzeit von der Gemeinschaft der GKV-Versicherten getragen wird, aber aus dem Bundeshaushalt finanziert werden sollte.

Zu 5.: Im GKV-VEG ist eine Regelung geplant, nach der die obligatorische Anschlussversicherung, mit der sichergestellt werden sollte, dass ein Versicherungsschutz in Form einer obligatorischen, formal „freiwilligen Versicherung“ automatisch fortbesteht, wenn eine Pflicht- oder Familienversicherung endet, 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 die geplante Änderung damit, dass das SGB V nur auf Personen anwendbar sei, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hätten. Für Menschen ohne Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland gelte das SGB V nicht. Und von einem fehlenden Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt sei laut Gesetzesbegründung dann auszugehen, wenn innerhalb eines halben Jahres „zum einen das Mitglied in keiner Weise aktiv ist und weder Beiträge zahlt noch Leistungen durch das Mitglied oder familienversicherte Angehörige in Anspruch genommen wurden und zum anderen der Krankenkasse die Ermittlung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts nicht möglich ist.“

Es ist jedoch durchaus möglich, dass gerade bei wohnungslosen Menschen der gewöhnliche Aufenthalt durch die Krankenkassen nicht feststellbar ist, obwohl sie sich in Deutschland aufhalten. Wenn die Betroffenen für ein halbes Jahr für die Krankenkasse nicht erreichbar sind, sie in diesem halben Jahr auch nicht zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen und keine Beiträge zahlen, wäre die obligatorische Freiwillige Anschlussversicherung beendet. Auch wenn im Nachhinein nachgewiesen werden könnte, dass der gewöhnliche Aufenthalt doch in Deutschland war, würde die freiwillige Versicherung nicht wieder aufleben.

Der Gesetzentwurf würde die Zahl der nicht krankenversicherten Menschen erheblich erhöhen und den Zugang für diese zur Krankenversicherung weiter erschweren. Um das zu verhindern, sollte die Möglichkeit eingeführt werden, eine Mitgliedschaft ruhendzustellen und bei Bedarf wiederherzustellen. Dem Ziel, dass Krankenkassen ihren Mitgliederbestand bereinigen, kann Rechnung getragen werden, indem die „Ruhendstellung“ entsprechend statistisch erfasst wird. Für die so ruhendgestellten Mitgliedschaften müssten die erhaltenen Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA-Zuweisungen) an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

Zu 6.: Die konkreten Anlageentscheidungen obliegen den einzelnen Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung. Die Krankenkassen können im Rahmen der Anlagegrundsätze des § 80 Absatz 1 SGB IV (Sicherheit, Liquidität und angemessener Ertrag) in ihren Anlagerichtlinien ethische, soziale und ökologische Aspekte berücksichtigen. Eine Ergänzung der bestehenden Anlagegrundsätze um ökologische, soziale und ethische Anlagekriterien unterstützt die Umsetzung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie und der Agenda 2030 durch nachhaltige Investitionen und verhindert eine volkswirtschaftliche Verteuerung der Umsetzung von Nachhaltigkeitsstrategien. Sozialversicherungsträger haben eine besondere Verantwortung, nachhaltig zu investieren. Mittel- und langfristig sind Anlagen in Unternehmen, deren Geschäftsmodell im Wesentlichen auf der Ausbeutung und der Nutzung fossiler Ressourcen beruht, auch finanziell nicht nachhaltig. Wenn es gelingt, die Milliardeninvestitionen aus klimaschädlichen Unternehmen abzuziehen, also Divestment zu betreiben, und stattdessen in klimafreundliche Wirtschaftsbereiche zu investieren, ist dies ein zentraler Schlüssel zur Lösung der Klimakrise.

