

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 19/2277 –**

### **Indirekte Zahlungen der Versicherten an die Arbeitgeber durch Senkung der Krankenkassenbeiträge**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wurde die Wiedereinführung der Parität in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Nun liegt der Referentenentwurf eines „Versichertenentlastungsgesetzes“ vor, mit dem die hälftige Zahlung der Beiträge und der Zusatzbeiträge durch Krankenkassenmitglieder und Arbeitgeber hergestellt werden soll. Dies soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. Mit demselben Gesetz sollen nach dem Willen des Bundesministeriums für Gesundheit für Krankenkassen und Gesundheitsfonds Obergrenzen der Rücklagen eingeführt werden. Das hat zur Folge, dass die Rücklagen abgebaut werden müssen, indem die Zusatzbeiträge gesenkt werden. Diese Regelung soll am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

Die Kombination dieser beiden Regelungen bedeutet, dass auch die Arbeitgeber über die Senkung des dann paritätischen Zusatzbeitrags an der Rückzahlung der Rücklagen beteiligt werden, obwohl diese über die bisher nicht paritätischen Zusatzbeiträge allein von den Versicherten aufgebaut wurde. Denn ausweislich der Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 51 des Abgeordneten Dr. Achim Kessler auf Bundestagsdrucksache 19/1470 haben die Versicherten seit 2005 insgesamt 145 Mrd. Euro mehr gezahlt als die Arbeitgeber. Hätten sie dies nicht getan, hätten Krankenkassen und Gesundheitsfonds heute nicht Rücklagen von insgesamt rund 28 Mrd. Euro, sondern Schulden in Höhe von rund 118 Mrd. Euro (abzüglich Beiträge anderer, z. B. Jobcenter, zuzüglich Zinsen). Daher erscheint es den Fragestellern nicht als angemessen, wenn nun die Arbeitgeber durch Beitragsentlastungen profitieren, die auf die von den Versicherten alleine finanzierten Rücklagen zurückgehen.

Es ist grundsätzlich möglich, aber nicht sehr wahrscheinlich, dass die Krankenkassen das Zeitfenster von der Verabschiedung des Gesetzes bis zur Einführung paritätisch finanzierter Zusatzbeiträge nutzen werden, um ihre Rücklagen in diesen wenigen Monaten durch eine Senkung der Zusatzbeiträge alleine an die Versicherten zu zahlen. Denn über Senkungen der Zusatzbeiträge entscheiden die Verwaltungsräte der Krankenkassen, in denen die Arbeitgeber trotz niedrigerer Finanzierung paritätisches Stimmrecht haben.

Überhaupt ist infrage zu stellen, wie sinnvoll eine Auszahlung der Rücklagen tatsächlich ist, da sowohl die Koalition Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung plant als auch durch die Fragesteller der Bedarf zur Verbesserung der Versorgung (z. B. Pflegenotstand, bei Zahnersatz, Brillen, Abschaffung von Zuzahlungen) gesehen wird. Es würde den Versicherten zugutekommen, wenn die von ihnen eingezahlten Gelder dafür verwendet würden.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) wird ein Paket mit wirksamen und vielfältigen Maßnahmen umgesetzt, mit denen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler umfassend entlastet werden. Für die Versicherten kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Mrd. Euro jährlich erreicht werden. Das Zusammenspiel der Regelungen führt dazu, dass die Beitragsbelastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei Einführung der Parität durch eine zusätzliche perspektivische Absenkung der Zusatzbeiträge abgemildert werden kann. Vor dem Hintergrund der Belastungen der (öffentlichen und privaten) Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Höhe von jährlich rund 6,9 Mrd. Euro ist eine mögliche Entlastung über drei Jahre durch perspektivische Absenkung der Zusatzbeiträge durch Krankenkassen mit Finanzreserven oberhalb gesetzlicher Höchstgrenzen in Höhe von etwa jährlich 0,25 bis 0,5 Mrd. Euro hinnehmbar.

Mehrausgaben zur Verbesserung der Versorgung (beispielsweise für die Pflege) wären nicht nur von Krankenkassen mit sehr hohen Reserven, sondern von allen Krankenkassen und damit über den Gesundheitsfonds zu finanzieren. Die Rücklagen einzelner Kassen können also nicht direkt für Versorgungsverbesserungen eingesetzt werden.

1. Welchen Anteil der etwa 19 Mrd. Euro Rücklagen bei den Kassen und der etwa 9 Mrd. Euro beim Gesundheitsfonds betrifft das Gesetz bzw. liegen oberhalb der im Referentenentwurf vorgesehenen Grenzen?

Wie hoch ist also das angedachte Entlastungsvolumen zum derzeitigen Stand?

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die nach § 260 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe abgesenkt wird. Um Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Zum Jahresende 2017 verfügten die Krankenkassen auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse über Rücklagen in Höhe von rund 19,2 Mrd. Euro. Auf dieser Basis besteht ein rechnerisches Entlastungsvolumen von insgesamt rund 4,5 Mrd. Euro, das sich auf einen Zeitraum von drei Jahren verteilen dürfte.

Ferner wird eine gesetzliche Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Das entspricht im Jahr 2018 rund 10 Milliarden Euro. Die Regelung setzt voraus, dass die voraussichtliche Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen voraussichtlichen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre überschreitet. Maßgeblich hierfür ist die Prognose des Schät-

zerkreises nach § 220 Absatz 2 SGB V für das Folgejahr. Liegen die Voraussetzungen vor, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen. Zum gesetzlich definierten Stichtag 15. Januar 2018 betragen die liquiden Mittel des Gesundheitsfonds rund 9,1 Mrd. Euro. Auf dieser Basis und unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen für den Innovations- und Strukturfonds ist eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve für das Jahr 2019 derzeit nicht zu erwarten.

2. Wie hoch ist der Anteil, der voraussichtlich an die Arbeitgeber fließen würde?

Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermöglicht über einen Zeitraum von drei Jahren Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Mrd. Euro. Das führt zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber über drei Jahre in der Größenordnung von jährlich rund  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$  Mrd. Euro.

3. Wird diese Regelung, durch die Geld von Versicherten auf Arbeitgeber umverteilt wird, dem Geist des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD insbesondere bezüglich der beabsichtigten Senkung der Beiträge für Versicherte durch die Schaffung der paritätischen Finanzierung gerecht?
4. Wird diese Regelung dem Titel „Versichertenentlastungsgesetz“ gerecht?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Mit dem Entwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes werden Beitragsentlastungen umgesetzt, von denen ganz überwiegend die Versicherten profitieren. Dieses gesetzgeberische Ziel spiegelt sich im Gesetzestitel wider. Der Gesetzentwurf setzt wesentliche Regelungsaufträge des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode um. Dazu gehört, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2019 von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern paritätisch getragen werden. Gleiches gilt für die Beitragstragung von Rentenversicherungsträgern sowie Rentnerinnen und Rentnern. Die versicherten Beitragszahlerinnen und Beitragszahler werden durch die paritätische Finanzierung ab 2019 jedes Jahr um rund 6,9 Mrd. Euro entlastet. Einschließlich der Entlastungen aus dem Abbau überschüssiger Reserven in Höhe von jährlich rund  $\frac{1}{2}$  bis  $\frac{3}{4}$  Mrd. Euro und der Entlastung der Selbstständigen werden die Versicherten um insgesamt rund 8 Mrd. Euro jährlich entlastet.

5. Wäre es nach Ansicht der Bundesregierung sinnvoll, die Überschüsse zur Verbesserung der Versorgung einzusetzen, statt vorhandenes Geld in dem beabsichtigten Modus auszugeben?

Die Senkung von Zusatzbeiträgen und die Verbesserung der Versorgung stehen nicht in Widerspruch zueinander. Die Krankenkassen verfügten Ende 2017 nach einem Einnahmenüberschuss von 3,2 Mrd. Euro über Finanzreserven in einer Größenordnung von rund 19,2 Mrd. Euro. Im Durchschnitt entspricht das dem Vierfachen der gesetzlichen Mindestreserve von 25 Prozent einer Monatsausgabe. Mit der geplanten Regelung wird den Krankenkassen mit Finanzreserven

oberhalb der vorgesehenen gesetzlichen Höchstgrenzen vorgegeben, ihre Reserven innerhalb von drei Jahren auf das Vierfache der derzeitigen gesetzlichen Mindestreserve, also auf eine Monatsausgabe, abzubauen. Dieser Abbau kann sowohl über eine Absenkung der Zusatzbeiträge als auch über die Finanzierung möglicher Mehrausgaben der Versorgung erfolgen.

6. Wenn die Bundesregierung stattdessen eine Auszahlung bevorzugt, wäre es nach dem selbst von ihr gewählten Gesetzestitel „Versichertenentlastungsgesetzes“ nicht angemessen, die Entlastungen durch die Absenkung der Rücklagen ausschließlich den Versicherten zugutekommen zu lassen?
  - a) Was wäre in diesem Kontext von einer Frist zu halten, die im Gesetz genannten Obergrenzen der Rücklagen bis Ende 2018 gesetzlich verpflichtend durch Zusatzbeitragsenkungen erreicht zu haben?
  - b) Was wäre in diesem Kontext davon zu halten, die Versicherten durch Pro-Kopf-Prämien oder Zuzahlungsrückzahlungen gesetzlich verpflichtend bis zum Jahresende zu entlasten und so die Obergrenzen der Rücklagen erreicht zu haben?

Den Krankenkassen wird ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht, um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können. Ein Abbau der überschüssigen Finanzreserven innerhalb weniger Monate bis Ende 2018 würde zu massiven Beitragssatzsprüngen führen, die durch den im Gesetzentwurf vorgesehenen Übergangszeitraum von drei Jahren vermieden werden.

Die Möglichkeit zur Auszahlung einkommensunabhängiger Prämien wurde mit Rückkehr zur ausschließlich einkommensabhängigen Finanzierung im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) zum 1. Januar 2015 abgeschafft.

Der vorgesehene Abbau von Finanzreserven oberhalb der vorgesehenen gesetzlichen Höchstgrenzen erfolgt daher innerhalb der bestehenden Finanzierungssystematik über die Absenkung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge.

Im Übrigen wäre ein Abbau von überhöhten Finanzreserven durch Zahlung einer pauschalen Pro-Kopf-Prämie oder Zuzahlungsrückzahlungen insofern problematisch, als die Beiträge seit 2015 einkommensbezogen von den Mitgliedern geleistet wurden. Daher soll die Entlastung ebenfalls prozentual auf das Einkommen und mitgliederbezogen erfolgen. Direkte Auszahlungen wären mit einem höheren bürokratischen Aufwand verbunden.

7. Wenn die Bundesregierung die in den Fragen 5 und 6 gemachten Vorschläge ablehnt, weshalb sieht sie eine Notwendigkeit, dass auch die Arbeitgeber von den durch die Versicherten aufgebauten Rücklagen profitieren sollen?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 3 und 4 verwiesen.

8. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines, in der Kritik an der Kurzsichtigkeit der geplanten Rücklagenauszahlungen angeklungenen, „Finanz-Jojos“ bei den Kassen ein?

Ist aus ihrer Sicht bei einem Abbau der Rücklagen in den nächsten Jahren wieder mit einem dann dadurch verursachten Ansteigen der Beitragssätze zu Lasten der Versicherten zu rechnen?

Der Abbau von Finanzreserven oberhalb der vorgesehenen gesetzlichen Höchstgrenzen ist grundsätzlich über drei Jahre vorgesehen und kann in bestimmten Fällen verlängert werden. Beitragssatzsprünge werden damit vermieden. Da die Verpflichtung zum Abbau von Finanzreserven an der Haushaltsplanung der Krankenkassen für das Folgejahr ansetzt, können mögliche Mehrausgaben (z. B. aufgrund der Umsetzung von vereinbarten Maßnahmen des Koalitionsvertrags) berücksichtigt werden. Und auch danach verfügen die betroffenen Krankenkassen noch über Finanzreserven, die das Vierfache der gesetzlichen Mindestreserve betragen.





