



Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.
(BAGFW)
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden
in der Krankenversicherung

A. Allgemeines

Im Krankheitsfall die erforderlichen Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen zu können, ist eine Voraussetzung dafür, an den Ressourcen der Gesellschaft teilzuhaben. Durch die Einführung der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2007 und der Privaten Krankenversicherung (PKV) im Jahr 2009 hatte der Gesetzgeber Menschen einen Zugang zum System der Krankenversicherung eröffnet, die aus verschiedenen Gründen nicht mehr an diesem System partizipieren konnten oder nie Zugang zu ihm hatten. Die Zahl der nichtversicherten Personen war im Vorfeld dieser gesetzlichen Regelungen stark angestiegen. Seit der Einführung der Versicherungspflicht bis heute sank die Zahl der Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall von 211.000 auf ca. 137.000. Dies ist zunächst eine erfreuliche Entwicklung. Allerdings ist davon auszugehen, dass bereits vor der Reform ein Unterschied zwischen den erfassten und den tatsächlichen Zahlen der Nichtversicherten bestand. Denn die oben genannten Daten beruhen auf dem Mikrozensus, der nur Menschen mit festem Wohnsitz erfasst. Die Wohlfahrtsverbände und Flüchtlingsorganisationen weisen seit Jahren auf eine wachsende Anzahl von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz hin, wie beispielsweise Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus oder Wohnungslose. Diese Gruppen bleiben bei dem vorliegenden Entwurf wie bisher unberücksichtigt. Zwar ist die Abnahme der Zahl der Nicht-Versicherten in Deutschland zu verzeichnen, gleichzeitig stieg aber die Zahl der Versicherten mit Beitragsschulden. Denn längst nicht jeder der Neu-Versicherten kann sich die Krankenversicherungsbeiträge leisten. Angesichts der Höhe von rund 2 Mrd. € Beitragsrückständen aus dem Bereich der sonstigen Beiträge der GKV (hier insbesondere die Beitragsrückstände aus der freiwilligen Versicherung) und ca. 500 Mio. in der PKV ist ein Handlungsbedarf diesbezüglich offensichtlich. Daher begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Initiative der Bundesregierung, Maßnahmen zu ergreifen, um der Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung entgegenzuwirken, ausdrücklich.

B. Besonderes

Zu Artikel 1 Nr. 1: Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V

Referentenentwurf:

Die Gesetzesänderung sieht vor, dass bei der Kalkulation von Wahlтарifen finanzielle Auswirkungen für die Krankenkasse durch veränderte Risikostrukturen nicht berücksichtigt werden dürfen.

Bewertung:

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, ihre Versicherten zwischen Tarifen mit unterschiedlichem Leistungsumfang wählen zu lassen. Die Krankenkassen nutzen seither die Wahlтарife vor allem, um Versicherte, die sich aufgrund ihres hohen Einkommens privat versichern könnten, weiter in der GKV zu halten. Nachdem bereits 2010 durch das GKV-Finanzierungsgesetz neue Anforderungen an den Wirtschaftlichkeitsnachweis der verschiedenen Wahlтарife gestellt wurden, hat das Bundesversicherungsamt (BVA) mit Rundschreiben vom 9. Juni 2011 den § 53 Absatz 9 SGB V in seiner neuen Fassung dahingehend interpretiert, dass bei der Berechnung der Wirtschaftlichkeit eines Tarifs diese sogenannten „Halteeffekte“ nicht mehr berücksichtigt werden dürfen. Trotz der Bindungswirkung für die GKV wurde das Rundschreiben teilweise missachtet. Die gesetzliche Klarstellung, dass finanzielle Auswirkungen für die GKV aufgrund von erwarteten oder tatsächlichen Veränderungen der Risikostrukturen durch einen Wahlтарif bei der Berechnung der Einnahmen nicht einbezogen werden dürfen, ist logisch und sinnvoll und wird daher von der BAGFW begrüßt.

Eine Kalkulation der Wahlтарife muss insbesondere im Hinblick auf den Schutz der Solidargemeinschaft ohne den Faktor Halteeffekte erfolgen. Dieser Faktor ist für eine Wirtschaftlichkeitsberechnung ungeeignet, da die Wechselwilligkeit der Versicherten in keiner Weise nachweisbar ist. Die GKV bietet schließlich verschiedene Anreize, aufgrund derer für viele freiwillig gesetzlich Versicherte ein Wechsel in die PKV nicht in Frage kommt. So ist es beispielsweise aufgrund der kostenlosen Mitversicherung von Kindern und nicht berufstätigen Ehepartnern häufig auch für Besserverdienende attraktiv, im Solidarsystem zu bleiben. Zudem finden sich im GKV-Katalog viele Leistungen (wie Haushaltshilfen in Notfällen, Leistungen für Kinder, Mutter-Kind-Kuren), die für PKV-Versicherte nicht ohne höheren Beitrag zu bekommen sind.

Zu Artikel 2: Aufhebung des § 24 Absatz 1a SGB IV

Referentenentwurf:

Die Regelung, dass freiwillig Versicherte für Beiträge und Beitragsvorschüsse, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 5 vom Hundert des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen, wird aufgehoben.

Bewertung:

Mit der 2007 eingeführten Versicherungspflicht wurde für freiwillig GKV-Versicherte und für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V ein höherer Säumniszuschlag i.H.v. 5% eingeführt. Neben dem Anliegen, Menschen wieder zurück in das Krankenversicherungssystem zu bringen, sah der Gesetzgeber 2007 die Notwendigkeit, die Solidargemeinschaft zu schützen, da die Krankenkassen durch die Pflicht zur Versicherung keine Möglichkeit mehr hatten, säumige Beitragszahler/innen auszuschließen. Das Anliegen, die gesetzliche Verpflichtung nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft umzusetzen, ist sinnvoll und nachvollziehbar. Jedoch war von Anfang an fraglich, ob eine hohe finanzielle Sanktionierung säumiger Zahler/innen diesem Ziel gerecht werden würde. Vor allem im Hinblick darauf, dass eine beträchtliche Zahl der Nichtversicherten zu einem Teil aus Menschen bestand, die sich die Beiträge zur Krankenversicherung finanziell nicht leisten konnte. Genannt seien hier insbesondere die vielen (Klein-) Selbstständigen, die früher häufig auf eine Absicherung im Krankheitsfall verzichtet haben. Dass der hohe Säumniszuschlag nicht wie beabsichtigt zur Sicherung der Zahlungsmoral, sondern vielmehr zu schnell wachsenden Beitragsrückständen führte, die in vielen Fällen in einer Überforderungssituation der Versicherten endete, war insofern vorhersehbar. Nicht selten führte dies zu einer Existenzbedrohung. Es besteht daher dringender Handlungsbedarf, um eine weitere Zuspitzung der Schuldensituation der Versicherten mit Beitragsrückständen zu verhindern. Die aktuelle Regelung stellt die Weichen dafür, dass zumindest ein Teil der Beitragsrückstände abgebaut werden und somit der Solidargemeinschaft zugute kommen kann. Eine Korrektur der Höhe der Säumniszuschläge von 5% auf 1% wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. Im Entwurf bleibt jedoch offen, wie mit den Versicherten, die Opfer der immensen Säumnisgebühr geworden sind, weiter verfahren werden kann.

Vorschlag:

Dass die Überforderungssituation der säumigen Versicherten allein durch die Senkung der Säumnisgebühr beseitigt werden kann, muss stark angezweifelt werden. Hierfür bedarf es vielmehr verbindlicher Regelungen für Härtefälle zu Stundungen, Ermäßigungen bzw. dem Verzicht von Erhebung nachzuzahlender Beiträge, die über die Regelung des § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V hinausgehen.

Zu Artikel 3 und Artikel 4: Änderung des § 193 VVG und Änderung des § 12 VAG

Referentenentwurf:

Der Referentenentwurf sieht vor, dass für Beitragsschulden in der privaten Krankenversicherung ein sogenannter Notlagentarif eingeführt wird. Kommen die Versicherte ihrer Pflicht zur Beitragszahlung zwei Monate nicht nach, werden sie automatisch in den Notlagentarif überführt. Der bestehende Versicherungsvertrag ruht. In dem Notlagentarif besteht ausschließlich ein Leistungsanspruch auf Behandlungen bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Prämie soll für alle Versicherten im Notlagentarif einheitlich kalkuliert werden und nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif notwendig ist. Altersrückstellungen werden während der Versicherung im Notlagentarif nicht aufgebaut.

Bestehende Altersrückstellungen sind bis zu 50 Prozent auf die monatliche Prämie anzurechnen. Während der Zeit im Notlagentarif verbrauchte Altersrückstellungen sind bei der Rückkehr in den Ursprungsvertrag zu berücksichtigen.

Bewertung:

Mit der Einführung eines Notlagentarifs entfällt die bisherige Regelung, dass Versicherungsnehmer, die ihre Prämie nicht bezahlen können und daher der Ruhensregelung unterfallen, gemäß § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens automatisch in den Basistarif überführt werden. In vielen Fällen liegt die Prämie im Basistarif höher als die vor Beginn des Ruhens regulär zu bezahlende Prämie, sodass die bisherige Regelung zu einer starken finanziellen Belastung und weiteren Überschuldung der Betroffenen geführt hat. Die Einführung eines Notlagentarifs und die damit verbundene finanzielle Entlastung von Beitragsschuldern sowie das vereinfachte Rückkehrrecht in den Ursprungstarif sind zu begrüßen. Die BAGFW bewertet jedoch den Rückgriff auf bestehende Altersrückstellungen zur Finanzierung des Notlagentarifs kritisch. Die Altersrückstellung bildet ein finanzielles „Polster“ für die mit dem zunehmenden Alter ansteigenden Versicherungskosten und gleicht die später entstehenden höheren Beiträge aus. Der Rückgriff auf die Altersrückstellung führt dazu, dass Menschen bei der Rückkehr in ihren Ursprungstarif dort aufgrund der Entnahme von Altersrückstellungsanteilen mit höheren Versicherungsprämien belastet werden, die sie unter Umständen aufgrund ihrer finanziell angespannten Situation nicht finanzieren können. Dies kann langfristig dazu führen, dass einkommensschwache Menschen dauerhaft im Notlagentarif versichert sind und nur Anspruch auf eine deutlich reduzierte medizinische Versorgung haben. Es besteht dann für diese Personengruppen beispielsweise kein Anspruch auf medizinische Versorgung bei chronischen Erkrankungen, zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Früherkennung von Krankheiten, wie beispielsweise Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung. Zum anderen spricht gegen einen Rückgriff auf die Altersrücklagen zur Finanzierung des Notlagentarifs das systematische Argument, dass die Altersrückstellungen nicht individuell, sondern rein versicherungsmathematisch kalkuliert werden. Die Höhe der Altersrückstellungen des einzelnen Versicherten ist daher nicht transparent.

Vorschlag:

Die BAGFW fordert, dass kein Rückgriff auf bestehende Altersrückstellungen erfolgt. Dafür soll in § 12h Absatz 2 des VAG (neu) der letzte Satz gestrichen werden. Zudem sollen Versicherte im Notlagentarif analog zu § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V grundsätzlich auch Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten haben.

Des Weiteren wird im vorliegenden Entwurf geregelt, dass die Art, der Umfang und die Höhe der Leistungen des Notlagentarifs seitens des PKV-Verbandes festgelegt werden. Hier schlägt die BAGFW vor, bei der Bestimmung des Leistungsumfangs die Maßstäbe der GKV beim Ruhen eines Vertrages anzusetzen. Damit würde eine Rechtssicherheit für die Versicherten geschaffen werden.

Im Referentenentwurf finden sich in Bezug auf Beitragsschulden in der PKV keinerlei Ausnahmeregelungen für minderjährige Kinder und Jugendliche. Diese könnten also nur sehr begrenzte medizinische Leistungen beanspruchen, wenn die Eltern mit den Beiträgen aus dem Vertrag des Kindes/ Jugendlichen im Rückstand sind. Insbesondere Kinder und Jugendliche dürfen gerade auch im Hinblick auf die wichtigen Vorsorgeuntersuchungen von der U1 an bis zur J2 nicht jahrelang nur in Notfällen

behandelt werden. Dies ist auch unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung weder aus sozialen noch aus gesundheitsökonomischen Gründen zu akzeptieren. Hierzu bedarf es nach Ansicht der BAGFW dringend einer entsprechenden Klarstellung.

Referentenentwurf:

§ 193 Absatz 9 Satz 1 VVG (neu) bestimmt, dass alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und Betriebskosten gezahlt werden müssen, um das Ruhen und die Versicherung im Notlagentarif ab dem ersten Tag des übernächsten Monats zu beenden.

Bewertung:

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Beitragsrückstände in der Krankenversicherung haben, können mit ihrer Krankenkasse eine Ratenzahlung vereinbaren. Solange sie die Raten vertragsgemäß entrichten, endet das Ruhen und die Versicherten haben Anspruch auf den vollen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 16 Abs. 3a Satz 3 SGB V).

Eine entsprechende Regelung besteht für Versicherte in der privaten Krankenkasse bisher nicht und findet sich auch nicht im vorliegenden Entwurf. Dies hält die BAGFW jedoch für geboten. Eine entsprechende Normierung würde für Versicherte einen besonderen Anreiz schaffen, ihre Schulden zu begleichen. Dies kommt langfristig der Versicherungsgemeinschaft zugute. Gleichzeitig stellt die Regelung eine angemessene Ausnahmeregelung von der strengen Rechtsfolge des § 193 Abs. 9 Satz 1 VVG (neu) dar und verhindert, dass Personen - die in der Lage sind, ihre Beitragsschulden ratenweise abzuführen über einen längeren Zeitraum nicht die medizinisch notwendige Behandlung zur Verfügung gestellt wird. Dafür ist es auch erforderlich, dass das Ruhen bereits zum ersten des nachfolgenden Monats beendet wird, sobald die Voraussetzungen für die Fortführung im ursprünglichen Tarif erfüllt sind. Ein Zuwarten des Versicherungsnehmers auf den ersten des übernächsten Monats ist nicht sachgerecht.

Vorschlag:

Die BAGFW hält es für zwingend erforderlich, in § 193 Abs. 9 VVG (neu) eine gesetzliche Bestimmung für eine Ratenzahlung zu verankern. § 193 Abs. 9 Satz 1 Halbsatz 1 VVG (neu) soll daher lauten: „Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Betriebskosten gezahlt oder ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des nächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Bei Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung hat der Versicherungsnehmer ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf die vollen Leistungen, solange die Raten vereinbarungsgemäß gezahlt werden.“

Fazit

Mit dem vorliegenden Entwurf wird versucht, auf die prekäre Situation der Beitragsschuldner einzugehen, was von den Verbänden der BAGFW positiv bewertet wird. Jedoch findet sich weder ein gesamtheitlicher Lösungsansatz noch wird bei den häufigsten Ursachen der Überforderung der Beitragsschuldner angesetzt. Diese betreffen für freiwillig GKV-Versicherte vor allem die Höhe der Mindestbeiträge. Es bedarf hier einer neuen Berechnung und Entlastung, um den finanziellen Verhältnissen insbesondere von (Klein)Unternehmern gerecht zu werden. Diese sind in vielen Fällen nicht bedürftig im Sinne des SGB II, ihre Einkommenssituation erschwert ihnen jedoch die Begleichung der derzeitigen Beiträge bzw. macht sie unmöglich. Zudem lässt der Entwurf offen, wie aktuell überschuldete Versicherte, bei denen die hohe Säumnisgebühr die Schuldensituation erheblich verschärft hat, rückwirkend entlastet werden können. Hier könnte eine Anrechnung der Differenz zwischen der alten und neuen Säumnisgebühr auf die Hauptforderung in Betracht gezogen werden. Letztendlich findet sich wie bereits erwähnt im Entwurf keine Regelung zu Ratenzahlungs- und Stundungsvereinbarungen, diese sind als elementar für eine Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden anzusehen.

Im Hinblick auf Beitragsschuldner/innen der PKV begrüßt die BAGFW die finanzielle Entlastung durch Einführung des Notlagentarifs. Im Hinblick auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie und die damit verbundene Entnahme sowie sachfremde Verwertung der Altersrückstellung macht die BAGFW jedoch auf die ohnehin schon schwierige Situation der PKV-Versicherten im Alter aufmerksam, die sich durch die Neuregelung erheblich verschärfen wird. Sie bedeutet eine weitgehende Belastung und wird in vielen Fällen zu einer Neuverschuldung führen.

Insgesamt wird am Entwurf erneut deutlich, dass ein Reformbedarf im Gesundheitswesen besteht. Sowohl in Bezug auf die „Halteeffekte“ bei der Berechnung von Wahlтарifen als insbesondere auch bei den Regelungen die PKV betreffend wird deutlich, dass es einer Diskussion über ein Krankenversicherungssystem bedarf, das einer gerechten Verteilung der Lasten zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen Rechnung trägt.

Berlin, 18.03.2013