

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Referentenentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten
in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Gesundheits- und Pflegepolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-307
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: gesundheitspolitik@vdk.de

Berlin, den 4. Mai 2018

1. Ziel des Referentenentwurfes und Maßnahmen zur Umsetzung

Vor dem Hintergrund der guten Wirtschaftsentwicklung in Deutschland, der damit verbundenen positiven Entwicklung der Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Aufbau von erheblichen Rücklagen im Gesundheitsfond und bei einem großen Teil der Krankenkassen, besteht aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit Potential, Versicherte bei den Sozialbeiträgen zu entlasten.

Mit folgenden Maßnahmen soll die Entlastung der Versicherten bei den Sozialbeiträgen umgesetzt werden:

- Paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber bzw. Rentenversicherung und Versicherte,
- Senkung der Beitragsbelastung Selbstständiger mit geringem Einkommen,
- Bereinigung von Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen sowie
- Beitragsentlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungsverbesserungen durch Abschmelzen der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds.

Bewertung des Sozialverbandes VdK

Eine Entlastung der Versicherten bei den Sozialbeiträgen ist generell zu begrüßen.

Insbesondere begrüßt der Sozialverband VdK die Rückkehr zur Paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, eine langjährige Forderung des VdK für mehr Gerechtigkeit.

Auch hatte der VdK eine deutliche Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige gefordert und begrüßt die damit verbundene Entlastung hauptberuflich Selbstständiger.

Die rückwirkende Bereinigung der Mitgliedschaften, insbesondere ausländischer Saisonarbeiter, wird die finanziellen Ungleichheiten zwischen den Krankenkassen etwas abmildern.

Der VdK begrüßt es sehr, dass versucht wurde, auch einen Lösungsansatz für die von uns in der Debatte dazu immer angeführten Menschen in multiplen Problemlagen zu schaffen.

Der Abbau der Rücklagen einzelner Krankenkassen über die Absenkung des Zusatzbeitrages wird dagegen vom Sozialverband VdK abgelehnt. Dies wird zu einer weiteren Entmischung der Risikostruktur führen. Die Überschüsse sind das Resultat eines unzureichenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Daher sollten die Überschüsse an den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden, um die Versorgung aller Patienten zu verbessern.

Neben den bereits geplanten Versorgungsverbesserungen im Koalitionsvertrag müssen auch endlich die Aufzahlungen bei Medikamenten und Mehrkosten bei Hilfsmitteln angegan-

gen werden, die über die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung hinausgehen und insbesondere Ältere und chronisch Kranke über Gebühr belasten.

Auch werden die Festlegung einer Obergrenze in der Höhe der 0,5-fachen Monatsausgaben des Gesundheitsfonds sowie das Abschmelzen der Finanzreserven des Gesundheitsfonds mit dem Ziel einer dämpfenden Wirkung auf die Höhe der zu erhebenden Zusatzbeiträge in hochkonjunkturellen Zeiten abgelehnt. Statt in der derzeitigen konjunkturellen Hochphase auf Beitragssenkungen zu setzen, sollten neben der Realisierung von notwendigen Leistungsverbesserungen Rücklagen für schlechte Zeiten gebildet werden, welche im Ergebnis bei Konjunkturabschwächungen auch über einen längeren Zeitraum zu einer Stabilisierung der Beiträge und zur Vermeidung unnötiger Jojo-Effekte beitragen.

2. Zu den Maßnahmen im Einzelnen

1.1. Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages (§§ 249, 249a, 257)

Der bisher vom Mitglied allein zu tragende kassenindividuelle Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird ab dem 1. Januar 2019 hälftig vom Versicherten und hälftig vom Arbeitgeber oder der Rentenversicherung getragen. Die Arbeitgeberzuschüsse zur Privaten Krankenversicherung werden um die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrages erhöht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mit der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird eine langjährige Forderung des Sozialverbands VdK umgesetzt. Über die Vereinbarung im Koalitionsvertrag hinaus ist sichergestellt, dass auch Rentner und Rentnerinnen entlastet werden.

1.2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

1.2.1. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige (§ 240 Absatz 4)

Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird von aktuell 2.284 Euro auf 1.142 Euro abgesenkt, Dies entspricht einem achtzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße. Dadurch entfällt auch die Notwendigkeit für die bisherige Härtefallregelung und die Sonderregel für Existenzgründer.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK hatte eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige lange gefordert. Der Sozialverband VdK teilt grundsätzlich die Auffassung, dass es einen Mindestbeitrag für Selbstständige geben muss, auch um einer Verlagerung von tarifgebundener Beschäftigung in nicht tragfähige Selbstständigkeit zu entgehen. Es fehlt allerdings eine Regelung für Teilzeitselbstständige. Insbesondere Frauen, die nach der Familienphase in den Beruf zurückkehren, zahlen bei einer angestellten Teilzeittätigkeit niedrigere Sozialversicherungsbeiträge. Diese Möglichkeit ist Teilzeit arbeitenden selbstständigen Müttern verwehrt, da immer von einer hauptberuflichen Vollerwerbstätigkeit ausgegangen wird.

Neben dieser Akutmaßnahme zur Senkung der Beitragsschulden braucht es eine langfristige Lösung zur sozialen Absicherung der Selbstständigen, sowohl gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit als auch bei Unfällen und im Alter. Nach Ansicht des VdK kann die Lösung nicht sein, dass die gesetzlichen Sozialversicherungen nur die Selbstständigen übernehmen, die sich keine private Absicherung leisten können. Es muss auch eine Solidarität innerhalb der Gruppe der Selbstständigen geben. Daher fordert der Sozialverband VdK, Selbstständige

wie abhängig Beschäftigte bis zur Versicherungspflichtgrenze in die Gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen.

1.2.2. Tagespflegepersonen (§ 10 Absatz 1 Satz 3)

Die bisherige Ausnahmeregelung einer beitragsfreien Familienversicherung für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder betreuen, wird nicht verlängert. Sie müssen in Zukunft auch den Mindestbeitrag für Selbstständige leisten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Trotz der Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige ist zu befürchten, dass durch die verpflichtende Zahlung von Krankenversicherungsbeiträgen die hauptsächlich in diesem Bereich tätigen Tagesmütter die Betreuung aufgeben. Daher fordert der Sozialverband VdK eine Verlängerung der Ausnahmeregelung.

Grundsätzlich ist es nicht Aufgabe der Sozialversicherung, die Kinderbetreuung zu subventionieren. Tagesmütter verdienen für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit ein Gehalt, von dem sie anständig leben, ihre Sozialabgaben bestreiten und auch eine Altersversorgung aufbauen können. Die Jugendämter müssen die Kinderbetreuung dementsprechend vergüten. Bis dahin besteht aus Sicht des VdK die Notwendigkeit, die Ausnahmeregelung zu verlängern.

1.3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden

Der überproportionale Anstieg der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen in den letzten Jahren, insbesondere bei freiwillig Versicherten, ist weitgehend auf das Zusammenwirken der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) und der Einstufung zum Höchstbetrag als Sanktionierungsinstrument bei Nichtmitwirkung zurückzuführen. Die Beschränkung der Begründung einer freiwilligen Versicherung über die OAV auf Fälle geklärten Aufenthalts, Schaffung von Beendigungstatbeständen für freiwillige Mitgliedschaften sowie die Ermöglichung flexiblerer Anpassungsmöglichkeiten für die Einstufung zum Höchstbetrag wegen Nichtmitwirkung bei der Beitragsfestsetzung sollen einen weiteren überproportionalen Anstieg verhindern. Darüber hinaus sollen ungeklärte Mitgliedschaften bereinigt werden.

1.3.1. Obligatorische Anschlussversicherung (§§ 188 Absatz 4, 191 sowie 323neu)

Die obligatorische Anschlussversicherung soll in Angleichung an die Vorschriften des § 30 SGB I zukünftig nicht mehr greifen, wenn die Krankenkassen weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland ermitteln können. Der fehlende Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland stellt entsprechend auch einen Beendigungstatbestand der freiwilligen Mitgliedschaft dar. Im Rahmen einer Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung nach § 188 Abs. 4 werden Mitgliedschaften rückwirkend

aufgehoben, die Krankenkassen haben die Pauschalen an den Gesundheitsfonds zurück zu überweisen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der § 188 Absatz 4 war und ist für den VdK eine große Errungenschaft, weil Menschen nicht mehr nach Auslaufen des Krankengeldes aus der Versicherung gedrängt werden können.

Eine obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Erntehelfer war allerdings nicht intendiert. Mit der Klarstellung sollen die ausländischen Saisonarbeiter nicht in fiktive Versicherungsverhältnisse und Beitragsschulden, die von den Krankenkassen aufwendig zu verwalten sind, geführt werden.

Die Rückabwicklung der fiktiven Mitgliedschaften verringert die finanziellen Ungerechtigkeiten zwischen den Krankenkassen, da einige Krankenkassen Pauschalen für Mitglieder erhalten haben, die nie Leistungen bezogen haben.

Die Klarstellung und Rückabwicklung der fiktiven Mitgliedschaften wird begrüßt.

1.3.2. Beratung zu Sozialleistungen (§ 188 Absatz 5)

Die Krankenkassen haben Beitragsschuldner, die mit den Beitragszahlungen zwei Monate im Rückstand sind, schriftlich auf die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung durch den Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe hinzuweisen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Bereits heute haben die Krankenkassen nach § 15 Absatz 1 SGB I eine umfassende Auskunftspflicht über alle Sozialgesetzbücher, welche aber nicht umgesetzt wird. Mit dieser Neuregelung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass freiwillig Versicherte häufig aus Unwissenheit über ihre Rechte Beitragsschulden anhäufen. Der Sozialverband VdK begrüßt daher den neuen Absatz 5 sehr.

1.3.3. Rückwirkende Berechnung der Beiträge (§ 240 Absatz 1)

Kommt ein freiwilliges Mitglied seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, wurde bisher von der Krankenkasse der Höchstbeitrag festgesetzt. Eine Änderung der Beitragseinstufung war nach Ablauf von drei Monaten nur für die Zukunft, nicht für vergangene Zeiträume möglich. Nun kann bei Einreichung entsprechender Nachweise oder auch bei hinreichenden Anhaltspunkten bis zu zwölf Monate rückwirkend der Beitrag korrigiert werden. Es wird kein Säumniszuschlag fällig.

Bewertung des Sozialverbands VdK

In die Beratung des VdK kommen immer wieder Menschen, die in einer existenziellen Lebenskrise, häufig in Kombination mit einer psychischen Erkrankung und dem Verlust des Arbeitsplatzes, über Monate weder Krankenversicherungsbeiträge gezahlt noch auf Briefe

der Krankenkasse geantwortet haben. Der VdK begrüßt daher diese Neuregelung sehr, da so nach der Krise die Beitragsschulden deutlich gesenkt werden können.

Zusätzlich schlägt der Sozialverband VdK eine Ausnahme des § 5 Absatz 1 Nr. 13 vor, um den Krankenkassen die Möglichkeit einzuräumen, diese Schulden komplett zu erlassen und für Monate ohne Einkommen und ohne Versicherungsleistungen die Versicherung rückwirkend ruhend zu stellen, um diesen Menschen einen Neustart ohne Schulden zu ermöglichen.

1.4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

1.4.1. Rücklagen der Krankenkassen begrenzen (§§ 260, 261)

Die Betriebsmittel und die Rücklagen der Krankenkassen dürfen in Zukunft zusammen eine durchschnittliche Monatsausgabe nicht überschreiten. Bisher sollten die Betriebsmittel das Eineinhalbfache nicht überschreiten, eine Höchstgrenze für die Rücklagen war gesetzlich nicht geregelt. Bei Überschreitung darf der Zusatzbeitragssatz nicht erhöht werden und die Rücklagen müssen über drei Jahre abgeschmolzen werden. Ansonsten werden die überschüssigen Rücklagen an den Gesundheitsfonds überführt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt die Absenkung der gesetzlich zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen bestehend aus Betriebsmitteln und Rücklagen auf einem Höchstbetrag in Höhe des einfachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltplan ab.

Auch der Abbau der Rücklagen einzelner Krankenkassen über die Absenkung des Zusatzbeitrages wird vom Sozialverband VdK abgelehnt. Dies wird zu einer weiteren Entmischung der Risikostruktur führen. Die Überschüsse sind aus Sicht des VdK unter anderem das Resultat eines unzureichenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Aus der Beratungspraxis des VdK ist bekannt, dass insbesondere Krankenkassen mit schlechter Kassenlage zu restriktiver Leistungsgewährung neigen. Dadurch erhalten Versicherte für den gleichen Beitrag aus dem eigentlich einheitlichen Leistungskatalog bei unterschiedlichen Krankenkassen unterschiedliche Leistungen. Gerade ältere Versicherte wechseln seltener die Krankenkasse und werden von den Krankenkassen auch nicht als Neumitglieder, zum Beispiel mit Präventionsangeboten, umworben. Daraus folgt, dass ein unfairer Krankenkassenwettbewerb zu Lasten älterer Patienten geht.

Der VdK fordert, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu verbessern.

Die heutigen Überschüsse, welche eine Soll-Regelung übersteigen, sollten an den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden, um eine weitere Spreizung der Zusatzbeiträge und damit eine weitere Entmischung der Risikostruktur der Krankenkassen zu vermeiden. Eine daraus resultierende bessere Finanzlage aller Kassen sollte genutzt werden, neben den im Koalitionsvertrag bereits geplanten Versorgungsverbesserungen, auch die Hilfsmittelverträge und

Arzneimittelrabattverträge so zu verbessern, dass Patienten nicht mehr regelhaft Mehrkosten für eine bedarfsgerechte Versorgung zahlen müssen.

1.4.2. Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 271)

Für die Liquiditätsreserve wird eine Höchstgrenze von 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe für den Gesundheitsfonds festgesetzt. Durch die Regelung soll eine unnötige Anhäufung überschüssiger Finanzmittel im Gesundheitsfond vermieden werden. Überschreitet die Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre, 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. Das damit verbundene Mehr an Finanzmitteln für die Zuweisungen an die Krankenkassen soll sich dämpfend auf die Höhe der zu erhebenden Zusatzbeiträge auswirken.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt die vorgesehene Begrenzung der Liquiditätsreserve sowie die Verwendung der überschüssigen Mittel zur Dämpfung der Höhe der zu erhebenden Zusatzbeiträge ab. Die Liquiditätsreserve garantiert, dass der Gesundheitsfonds jederzeit seiner Zahlungsverpflichtung gegenüber den Krankenkassen nachkommen kann und konjunkturelle Schwankungen in der Einnahme ausgeglichen werden können. Mit der Höchstgrenze von einer halben Monatsausgabe des Gesundheitsfonds kann die Liquiditätsreserve diese Funktion kaum noch erfüllen. Spätestens bei der nächsten konjunkturellen Abschwächung stehen sofort Beitragserhöhungen auf der Tagesordnung, die eine Kostendämpfungsdebatte nach sich ziehen werden, welche erfahrungsgemäß überwiegend Ältere, chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung treffen.

Der Sozialverband VdK lehnt diese prozyklische Politik ab. Statt in der derzeitigen konjunkturellen Hochphase auf Beitragssenkungen zu setzen, sollten neben der Realisierung von notwendigen Leistungsverbesserungen Rücklagen für schlechte Zeiten gebildet werden, welche im Ergebnis bei Konjunkturabschwächungen auch über einen längeren Zeitraum zu einer Stabilisierung der Beiträge und zur Vermeidung unnötiger Jojo-Effekte beitragen.

2. Fehlende Regelungen für privat Krankenversicherte

2.1. Erhöhung des Zuschusses der Rentenversicherung

Die Zuschüsse der Arbeitgeber und der gesetzlichen Rentenversicherung zur Privaten Krankenversicherung (PKV) basieren auf dem Beitrag, der zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gezahlt worden wäre. Die Arbeitgeberzuschüsse werden mit diesem Gesetz erhöht, allerdings fehlt die entsprechende Regelung für privat krankenversicherte Rentner.

§ 106 SGB VI Absatz 3 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

*Für Rentenbezieher, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung **zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des fünften Sozialgesetzbuches** auf den Zahlbetrag der Rente ergibt.*

2.1.1. Fehlende Regelungen zu PKV-Schulden

Obligatorische Anschlussversicherungen und Beiträge, die Selbstständige mit kleinem Einkommen überfordern, führen auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu Beitragsrückständen und Schulden. In der Beratung des VdK häufen sich in den letzten Monaten die Fälle von Rentnern, die nur durch ihre PKV-Beiträge in finanzielle Hilfebedürftigkeit geraten. Auch ein Basistarif von zurzeit 690 Euro ist selbst für den Eckrentner mit einer Rente von 1.419 Euro nicht zu bezahlen. Der Zuschuss der Rentenversicherung bemisst sich nach dem fiktiven GKV-Beitrag, liegt also bei Eckrentnern nur bei 117 Euro.

Aus Stolz gehen diese Rentner weder zum Sozialamt, noch werden sie zu Beitragsschuldnern, sie tauchen in keiner Statistik auf und leben in verdeckter Altersarmut.

Der VdK fordert daher, den privaten Versicherungsunternehmen aufzuerlegen, realistische Altersrückstellungen zu bilden, damit die Beiträge im Alter sinken und nicht steigen. Mittelfristig muss eine solidarische Krankenversicherung für alle Bürger geschaffen werden.