

# Caritas befürwortet Referentenentwurf zur Beitragsentlastung von Krankenversicherten

Der Deutsche Caritasverband nimmt Stellung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) und beurteilt ihn als weitgehend positiv.

## A. Grundsätzliche Anmerkungen

Der Deutsche Caritasverband (DCV) bewertet den Referentenentwurf überwiegend positiv. Er ist von dem Ziel getragen, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung so zu gestalten, dass sie für die abhängig beschäftigten Versicherten insgesamt, aber auch speziell für selbstständig tätige Versicherte mit niedrigem Einkommen keine unzumutbare Belastung darstellen. Allerdings gibt der DCV zu bedenken, dass möglicherweise durch eine umfangreiche Beitragsentlastung und die Reduzierung der Finanzreserven der Krankenkassen der zukünftige Gestaltungsspielraum für kommende Aufgaben zu sehr eingeengt wird.

Für Selbstständige mit geringem Einkommen senkt die Neuregelung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht nur den Mindestbeitragssatz. Sie trägt auch zu einem Abbau von Vorbehalten der obligatorischen Versicherung in der Sozialversicherung bei, die durch die bisherige, für schwierige Phasen der Selbstständigkeit belastende Regelung entstanden waren. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes kann und muss die Beitragsneugestaltung für Selbstständige in der Krankenversicherung als erster Baustein des Maßnahmenpaketes gewertet werden, das für die Sozialversicherung Selbstständiger im Koalitionsvertrag angekündigt ist. Die Einbeziehung von Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit in die gesetzliche Rentenversicherung ist der zweite – nicht weniger wichtige – Schritt. Erst gemeinsam können beide Elemente dazu beitragen, das System der gesetzlichen Sozialversicherung auf die Realität hybrider Erwerbsverläufe auszurichten – neben dem Schutz im Krankheitsfall ist die Absicherung im Alter ein unverzichtbarer Bestandteil eines sozialen Sicherungssystems. Beides muss zusammen so ausgestaltet werden,

dass Phasen der Selbstständigkeit nicht zu Beitragsausfall oder zu Lücken im Versicherungsverlauf führen.

## B. Zu den Neuregelungen im Einzelnen

### 1. Paritätische Finanzierung

Steigende Ausgaben, die durch Leistungsverbesserungen, den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt bedingt sind, sollten aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nicht einseitig und unbegrenzt die Arbeitnehmer(innen) belasten. Dies hätte eine Aushöhlung des solidarischen Versicherungsschutzes, der ein konstitutives Element des deutschen Sozialstaates ist, zur Folge. Zudem profitieren auch die Arbeitgeber von der Gesunderhaltung der Arbeitnehmer(innen), weshalb diese auch in längerfristiger Perspektive angemessen an den Kosten zu beteiligen sind. Arbeitgeber haben wie Arbeitnehmer(innen) ein Interesse, unvertretbare Beitragssatzsteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu vermeiden. Dieses Interesse sollte durch eine paritätische Beteiligung an zukünftigen Kostensteigerungen aufrechterhalten werden. Somit wird die paritätische Finanzierung als wichtiges Steuerungselement der Finanzierung der GKV erachtet. Insbesondere Bezieher(innen) niedriger Einkommen werden dadurch spürbar entlastet. Der Deutsche Caritasverband begrüßt daher nachdrücklich die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, indem der kassenindividuelle Zusatzbeitrag künftig hälftig von Arbeitnehmer(inne)n und Arbeitgebern getragen werden soll.

Folgerichtig ist auch die Übertragung der Regelung über die paritätische Finanzierung für gesetzlich Versicherte auf die Grup-

pe derjenigen, die sich wegen des Überschreitens der Jahresentgeltgrenze privat versichern und entsprechend hälftige Arbeitgeberzuschüsse erhalten (§ 257 Abs. 2).

## 2. Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige

Nach derzeitiger Gesetzeslage zahlen hauptberuflich Selbstständige ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese wird anhand der Bezugsgröße jährlich angepasst. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage entspricht bisher dem 40. Teil dieser Bezugsgröße. Der Referentenentwurf schlägt vor, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf den 80. Teil der Bezugsgröße zu halbieren, um Kleinunternehmer(innen) vor finanziellen Überforderungen zu schützen. Damit verringert sich auch der Mindestbeitrag um die Hälfte. Die Absenkung des Mindestbeitrags war aus Sicht der Caritas überfällig, denn die Gruppe der geringverdienenden Kleinunternehmer(innen) ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. Durch die Digitalisierung haben sich zusätzlich viele Menschen in hybrider prekärer Selbstständigkeit, zum Teil mit kleinen Start-ups zur Entwicklung von Software oder als Anbieter von Diensten über digitale Plattformen selbstständig gemacht. Finanziell sind diese Formen der Selbstständigkeit häufig wenig auskömmlich, erst recht nicht, wenn privat für die Kranken- und Alterssicherung vorgesorgt werden muss. Daher bewertet es der DCV als positiv, dass diese Gruppe von Kleinunternehmer(inne)n bei der Beitragszahlung zur Krankenversicherung entlastet wird.

Der DCV gibt allerdings zu bedenken, dass die Gruppe derjenigen, die knapp über 425 Euro verdienen, möglicherweise mindestens ein Drittel ihres Einkommens für die Krankenversicherung entrichten muss. Hier muss es Regelungen zur einkommensabhängigen Beitragsanpassung geben.

Im vorliegenden Entwurf wird ausschließlich die Beitragsentlastung bei der Krankenversicherung in den Blick genommen. Der DCV weist aber nachdrücklich darauf hin, dass die Situation der Selbstständigen im Gesamtzusammenhang von Kranken- und Rentenversicherung zu betrachten ist und die auskömmliche soziale Absicherung für Selbstständige mit niedrigen Einkommen und Gründer(innen) auch durch die Einbeziehung von Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung zu gestalten ist. Die Bundesregierung plant ausweislich des Koalitionsvertrages die Einführung einer Rentenversicherungspflicht für Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, da viele Selbstständige durch eine unzureichende finanzielle Absicherung im Vergleich zu Beschäftigten überdurchschnittlich auf Leistungen der Grundsicherung im Alter angewiesen sind, weil sie weder eine gesetzliche noch eine ausreichende (insolvenz-

geschützte) private Vorsorge betrieben haben. Dieser Zustand ist nicht tragbar.

## 3. Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden (§§ 188, 191 SGB V)

Der Referentenentwurf enthält umfangreiche Vorschläge zur Lösung der Problematik der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen, die wegen der obligatorischen Anschlussversicherung sowie der Einstufung zum Höchstbetrag als Sanktion bei Nichtmitwirkung überproportional angestiegen sind.

### Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Es ist nachvollziehbar, dass der Vorschrift des § 30 Abs. 1 SGB I, nach der die Vorschriften des Sozialrechts nur für diejenigen gelten, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben, mit dem neuen § 188 Abs. 4 SGB V Rechnung getragen wird. Denn wenn eine Person sich nicht abgemeldet hat und unauffindbar ist, ist zu vermuten, dass sie ihren Wohnsitz im Ausland hat; demzufolge kann sie entsprechend des Territorialitätsprinzips nicht im Inland versichert sein und hier Versicherungsleistungen beanspruchen. Somit ist die Person aber auch nicht mehr Schuldner der Beitragsleistung.

### Regelungen zur Reduzierung der Beitragsschulden

Die Regelung des Referentenentwurfs, dass Krankenkassen Mitglieder schriftlich darauf hinweisen müssen, dass entweder der Träger der Grundsicherung oder der Sozialhilfe die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung übernimmt, wenn das Mitglied mit zwei Beitragsmonaten im Rückstand ist, ist sehr zu begrüßen. So wird vermieden, dass Mitglieder wegen verspäteter Beantragung von Hilfe Beitragsrückstände aufbauen. Fraglich ist allerdings, ob eine reine Information des Mitglieds ausreicht. Die Krankenkasse sollte zur zusätzlichen persönlichen Kontaktaufnahme verpflichtet werden, um so die Antragstellung beim Sozialhilfeträger zu befördern.

Eine weitere Versichertengruppe hat der Referentenentwurf jedoch gar nicht in den Blick genommen:

Es gibt eine große Gruppe von Menschen, die trotz des am 1. August 2013 in Kraft getretenen Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung weiterhin hohe Beitragsschulden hat. Das liegt daran, dass sie sich entweder nicht rechtzeitig zum Stichtag des Beitragserlasses für Versicherungspflichtige gemeldet oder zwar einen Beitragserlass für Schulden aus dem vor 2014 liegenden Zeitraum erwirkt hat, aber wieder neue Beitragsschulden aufgelaufen sind, weil sie die laufenden Beiträge nicht zahlen konnte. Während dieser Zeit ruht ihr Leistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung (§ 16 SGB V) und sie hat nur einen eingeschränkten

Anspruch auf Versorgung und in Notfällen. Landen diese Personen im ALG-II-Bezug, tritt das Ruhen des vollen Leistungsanspruchs zwar nicht ein oder endet. Dies reduziert jedoch den Anreiz, den ALG-II-Bezug zu überwinden, weil bei Beendigung des Leistungsbezugs der volle Leistungsanspruch wieder ruht. Der DCV fordert daher, den Zugang zum vollen Leistungsangebot der Krankenversicherung auch dann zu gewährleisten, wenn eine Überschuldung gegeben ist. Hierfür müssen praktikable Regelungen geschaffen werden.

#### 4. Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler

Der Referentenentwurf sieht vor, die Krankenkassen zu verpflichten, ihre Finanzreserven auf eine Obergrenze in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe der Betriebsmittel zu begrenzen. Dieses Ziel soll gegebenenfalls durch ein schrittweises Abschmelzen der Finanzmittel binnen drei Haushaltsjahren erreicht werden.

Die Intention des Gesetzgebers, den Zusatzbeitrag auf das Mindestmaß des Notwendigen zu begrenzen, ist zwar dem Grundsatz nach positiv zu bewerten. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch in den vergangenen Jahren im Rahmen der gesetzlichen Obergrenze des gegenwärtig 1,5-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe so festgelegt haben, dass sie im Wettbewerb der Krankenkassen bestehen können und für ihre Mitglieder in Bezug auf das Preis-Leistungs-Verhältnis attraktiv sind. In der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber viele Leistungsverbesserungen für die Versicherten statuiert, die der Deutsche Caritasverband befürwortet hat. Auch bei einer Absenkung der Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen muss gewährleistet sein, dass die Leistungsgewährung im Rahmen der Genehmigungspraxis an die Versicherten künftig nicht „nach Kassenlage“ erfolgt. Ebenso muss den Krankenkassen ein entsprechender Spielraum für die Gewährung von Satzungsleistungen im Rahmen ihrer Beitragsautonomie zur Verfügung stehen. Von den negativen Folgen einer schlechteren Versorgung infolge der Schaffung einer Obergrenze für die Finanzreserven wären vor allem sozial benachteiligte Menschen und vulnerable Patientengruppen, wie chronisch Kranke, betroffen. Nicht zuletzt verweist der DCV darauf, dass der Koalitionsvertrag beispielsweise für das „Sofortprogramm Pflege“ circa 400 Millionen Euro zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte im Zusammenhang mit der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vorsieht.

Der DCV begrüßt ausdrücklich, dass damit der lange geforderte Systemwechsel der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege aus dem SGB V eingeleitet wird. Für eine volle Refinanzierung der medizinischen

Behandlungspflege in stationären Einrichtungen ist nach Schätzungen von Sachverständigen jedoch ein Finanzvolumen von circa 2,6 bis drei Milliarden Euro zu veranschlagen. Auch vor diesem Hintergrund betrachtet der DCV die vorgesehene neue Obergrenze, die zudem als „Muss-Regelung“ keine Ermessensspielräume mehr vorsieht, mit großer Skepsis.

#### 5. Altersrückstellungen der Krankenkassen

Der Entwurf sieht vor, dass Krankenkassen den Anteil des Deckungskapitals, der in Aktien angelegt werden kann, von zehn Prozent auf 20 Prozent zu erhöhen. Für den Bund ist es schon seit Januar 2018 möglich, für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds einheitlich 20 Prozent Aktienanteil vorzusehen. Das soll nun für die Altersrückstellungen der Krankenkassen nachvollzogen werden. Der DCV hat gegen diesen Vorschlag keine Einwände. Es muss jedoch gesichert sein, dass die Ausweitung der Aktienanlagemöglichkeiten nicht zu einer unbeherrschbaren Erhöhung von Anlagerisiken führt. Wenn dies durch ein gutes Anlagemanagement gesichert ist, dann ist die Chance auf höhere Renditen in Zeiten einer anhaltenden Niedrigzinsphase groß. Der Vorschlag ist daher zu begrüßen.

#### 6. Tagespflegepersonen

Tagesmütter und -väter, die bis zu fünf Kinder in der Tagespflege betreuen, fallen künftig nicht mehr unter die Sonderregelung der Familienversicherung beziehungsweise freiwilligen Versicherung. Der Deutsche Caritasverband begrüßt es sehr, dass für Tageseltern nun die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend sind. Sofern Art und Umfang der Tätigkeit entsprechend gestaltet sind, werden sie nun im Regelfall den hauptberuflich Selbstständigen zuzurechnen sein. Das ist positiv, weil sie somit Anspruch auf Krankengeld haben und unter die neuen Regelungen für die halbierte Beitragsbemessungsgrenze fallen. Das berücksichtigt insbesondere, dass nicht alle Kinder in Vollzeit betreut werden beziehungsweise die meisten Tagespflegepersonen nicht die Höchstanzahl von fünf Kindern betreuen.

Freiburg, 25. April 2018  
Deutscher Caritasverband  
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik  
EVA M. WELSKOP-DEFFAA

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, E-Mail: [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)

Caroline von Kries, E-Mail: [caroline.von.kries@caritas.de](mailto:caroline.von.kries@caritas.de)