



Das neue GKV- Versichertenentlastungs- gesetz und seine Folgen für unsere Klient*innen

Seit Anfang 2019 kann Menschen in Deutschland wieder eine bestehende Krankenversicherung gekündigt werden.

Die Ursache ist das zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG). Es enthält einige Bestimmungen, die sich positiv auf unsere Klient*innen auswirken.¹ Im Gesetz sind jedoch auch Änderungen enthalten, die für viele unserer Klient*innen zu einem Ausschluss aus der Krankenversicherung führen können:

Die sogenannte obligatorische Anschlussversicherung (OAV) war 2013 eingeführt worden, damit ein Versicherungsverhältnis fortbesteht, wenn eine Pflicht- oder Familienversicherung, z.B. nach Auslaufen eines Arbeitsvertrags, endet. Mitglieder einer Krankenversicherung waren dadurch weiter als „freiwillig Versicherte“ abgesichert, auch wenn kein Antrag auf freiwillige Weiterversicherung gestellt wurde und auch, wenn die sonst erforderlichen Vorversicherungszeiten nicht erfüllt waren. Bezahlten Versicherte in dieser obligatorischen Anschlussversicherung ihre Beiträge nicht, häuften sie zwar immense Beitragsschulden an, konnten aber weiterhin eingeschränkte Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Auch wenn viele Menschen nicht wussten, dass sie weiter versichert waren (und daher im Regelfall auch keine Leistungen in Anspruch nahmen), war diese Versicherung zentral, weil sie die Kostenerstattung bei schweren Erkrankungen und im Notfall sicherte.

¹ Das Gesetz senkt es die Beiträge für Selbständige mit geringem Einkommen von 2.283,50 auf 1038,88. Zudem müssen Krankenkassen ihre Mitglieder bei Beitragsrückstand nun darauf hinweisen, dass die Übernahme der Beiträge im Fall der Hilfebedürftigkeit durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragt werden kann. Auch muss nun bei einer freiwilligen Versicherung nicht mehr der Höchstbeitrag angesetzt werden, wenn Mitglieder ihre beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht nachweisen.

Mit dem neuen Gesetz aber sind alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, rückwirkend ab August 2013 die Versicherungsverhältnisse von Mitgliedern zu beenden, die seit Beendigung einer Pflicht- oder Familienversicherung und Beginn der Anschlussversicherung keine Beiträge gezahlt haben keine Leistungen vom Versicherten oder Familienangehörigen in Anspruch genommen haben und zu denen kein Kontakt bestand (§323) . Darüber hinaus kommt die Obligatorische Anschlussversicherung bei Mitgliedern, die nicht auffindbar sind, erst gar nicht zustande (§188).

Zudem enden Mitgliedschaften von freiwillig Versicherten rückwirkend, wenn Versicherte sechs Monate keine Beiträge zahlen, keine Leistungen in Anspruch nehmen und für die Krankenkasse nicht auffindbar sind (§191).

Als Begründung für diese Gesetzesänderung wird angegeben, dass die Beitragsschulden bei den Gesetzlichen Krankenkassen in den vergangenen Jahren überproportional angestiegen sind. Dieser Anstieg ist aus Sicht der Bundesregierung weitgehend auf Fälle „fiktiver“ Mitgliedschaften („Karteileichen“) zurückzuführen, die weiterversichert wurden, sich aber nicht mehr in Deutschland aufhalten. Ziel ist es, die Mitgliederbestände um „ungeklärt passive“ Mitglieder zu bereinigen. Dies ist deshalb für die Krankenkassen von Bedeutung, weil jede Krankenkasse für nicht oder wenig zahlende Mitglieder im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen einen finanziellen Ausgleich aus dem Gesundheitsfonds erhält. Krankenkassen hatten daher bisher wenig Interesse daran, Beitragsschuldner aus der Versicherung auszuschließen, aber gleichzeitig ein Interesse daran, dass andere Krankenkassen dies tun.

Laut Gesetzesbegründung geht selbst für Menschen mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland keine „unbillige Härte“ damit einher, wenn die Mitgliedschaft endet. Eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung sei rückwirkend neu zu begründen, sodass für die Betroffenen ein durchgehender Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist.

Probleme in der Praxis

- I. Diejenigen, die Beiträge nicht zahlen, sich nicht melden und nicht zum Arzt gehen sind nicht nur „Karteileichen“.

Es gibt viele Menschen, die, z.B. weil sie wohnungslos sind oder psychisch krank, nicht adäquat auf eine postalische Benachrichtigung reagieren und auch

telefonisch nicht erreichbar sind. Wenn die Krankenkasse ihnen mitteilt, dass aufgrund der Beitragsrückstände die Leistungen ruhen und Schuldzinsen entstehen, vermeiden viele einen Besuch beim Arzt/bei der Ärztin und jeglichen weiteren Kontakt mit der Krankenkasse. Durch die Neuregelung fallen sie nun aus der Krankenversicherung und haben keinerlei Anspruch mehr auf medizinische Leistungen.

II. Nicht für alle ist es möglich, erneut ein Versicherungsverhältnis mit der GKV einzugehen

Anders als die Bundesregierung in der Gesetzesbegründung darstellt ist es einigen Menschen, die vormals rechtmäßig über die obligatorische Anschlussversicherung abgesichert waren, nicht möglich, eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung rückwirkend neu zu begründen. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union können sich über diese Regelung nämlich nur dann versichern lassen, wenn sie ein Recht auf Wohnortnahme in Deutschland unabhängig von ihrem Krankenversicherungsschutz besitzen. Nicht-erwerbstätige EU-Bürger*innen erfüllen dieses Kriterium zumeist nicht. Für einige kann der Verlust der Krankenversicherung auch aufenthaltsrechtliche Probleme nach sich ziehen, weil ihnen ohne eine Krankenversicherung die Freizügigkeit aberkannt werden kann.

III. Die Neubegründung einer Mitgliedschaft ist mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden

Selbst diejenigen, denen es rechtlich möglich ist, wieder in eine Krankenkasse einzutreten müssen dafür viele Dokumente vorlegen, die vorher für eine Weiterversicherung nicht notwendig waren. Dazu gehören z.B. der Nachweis über die letzte Krankenversicherung, Bewilligungsbescheide vom Sozialamt, eine Bestätigung des letzten Arbeitgebers und eine Meldeadresse. Diese bürokratischen Erfordernisse stellen für viele Menschen unüberwindliche Hürden dar: Wohnungslosigkeit, Lebenskrisen, psychische Erkrankungen und Sprachschwierigkeiten können verhindern, dass der Anspruch auf Wiederaufnahme tatsächlich wahrgenommen wird.

Auch in Zeiten ohne Versicherung werden Beitragsschulden angehäuft

Wird eine freiwillige Mitgliedschaft aufgrund der Gesetzesänderung beendet, löscht die Krankenkasse die seit dem Zeitpunkt des letzten Kontakts angelaufenen Beitragsschulden. Steigt das ehemalige Mitglied jedoch wieder in ein Krankenversicherungsverhältnis ein, fordert die Kasse die in der

Zwischenzeit aufgrund der weiter bestehenden Versicherungspflicht entstandenen Beitragsschulden ein. Obwohl ein bestehendes Versicherungsverhältnis dem Gesetz nach und von Seiten der Krankenkasse beendet wird, zahlt also das Mitglied rückwirkend aufgrund der Versicherungspflicht Beiträge für Zeiten der Nicht-Versicherung. Dies erscheint paradox und erhöht für ehemalige Mitglieder die Hürde, sich wieder versichern zu lassen.

Forderungen

Wir erachten die Änderungen in Bezug auf die obligatorische Anschlussversicherung und die freiwillige Versicherung im Versichertenentlastungsgesetz vor dem geschilderten Hintergrund als hochproblematisch: Viele Menschen in Deutschland werden dadurch dauerhaft ihre Krankenversicherung verlieren. Dies widerspricht dem Grundgedanken der solidarischen Krankenversicherung und dem völkerrechtlich verankerten Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus sind diese Änderungen durch die Argumente des Gesetzgebers (hoher Verwaltungsaufwand der Krankenkassen durch fiktive Mitglieder, [vermeintlich] unrealistisch hohe Zahlen von Beitragsschuldnern und Fehlzweisungen durch den Risikostrukturausgleich) nicht zu rechtfertigen.

Wir fordern daher die Änderung der entsprechenden Paragraphen im 5. Sozialgesetzbuch. Bis dahin bedarf es folgender Maßnahmen:

- Verständliche, unabhängige Information für alle GKV-Mitglieder mit Beitragsrückständen über aktuelle Änderungen und Optionen.
- Verpflichtung der Krankenkassen, über alle Möglichkeiten des Wiedereintritts verständlich zu informieren
- Wirksame Kontrollen, dass Krankenkassen alle Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ausschöpfen.
- Transparenz über die Anzahl der Menschen, deren Versicherungsverhältnis seit der Gesetzesänderung nicht mehr fortbesteht.
- Einheitliche Bedingungen und Senken der bürokratischen Hürden für die Wiederaufnahme in die Krankenversicherung.
- Regelmäßige Veröffentlichung der Zahlen, wie viele Menschen Beitragsschulden haben
- Klare Vorgaben für Ratenzahlungen von Beitragsschulden

Hintergrund:

Menschen mit Beitragsschulden in der GKV und Menschen ohne Krankenversicherung

Sind selbstzahlende Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung mindestens zwei Monate im Rückstand mit ihren Beitragszahlungen „ruht“ formal der Leistungsanspruch, bis die Schulden bezahlt bzw. Vereinbarungen zur Rückzahlung getroffen wurden. Die Versichertenkarte wird ungültig. Die Versicherten haben jedoch weiterhin Anspruch auf eingeschränkte Leistungen, die zur Früherkennung von Krankheiten oder zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Für die Versorgung wird ein Behandlungsschein der Krankenkasse benötigt. Mitversicherte Familienmitglieder sind vom Ruhen der Leistungen ausgenommen, bekommen also das volle Leistungsspektrum. Auch für Menschen, deren Hilfebedürftigkeit vom Sozialamt bestätigt wurde ruhen die Leistungen nicht (§ 16 Abs. 3a SGB V).

Menschen ohne Krankenversicherung und ihre nichtversicherten Kinder werden lediglich im Notfall versorgt. Die Kosten werden dem Krankenhaus nur durch das zuständige Sozialamt erstattet, wenn die Hilfebedürftigkeit nachgewiesen werden konnte. Alle anderen medizinischen Leistungen erhalten Menschen ohne Krankenversicherung nur, wenn sie selbst bezahlen.

Über Ärzte der Welt

Der Verein Ärzte der Welt bietet in medizinischen Anlaufstellen und durch mobile Einsätze in vier Großstädten in Deutschland medizinische Versorgung und soziale Beratung für Menschen ohne oder mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung. Wir sehen dort viele Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ruhenden Leistungen aufgrund von Beitragsschulden. Seit Frühjahr 2019 kommen Klient*innen zu uns, deren Versicherungsverhältnis im Zusammenhang mit dem Anfang des selben Jahres in Kraft getretene Versichertenentlastungsgesetz beendet wurde.

Ärzte der Welt e.V. | Médecins du Monde | Doctors of the World
Landsberger Str. 428, 81241 München
t. + 49 (0) 89 452 30 81- 0 | f. + 49 (0) 89 452 30 81- 22
info@aerztederwelt.org | www.aerztederwelt.org