

Stefan Greß, Anke Walendzik, Jürgen Wasem

Auswirkungen der Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem

Abschlussbericht

Auf einen Blick...

- Nach Implementierung der Versicherungspflicht für alle dem GKV-System zuzurechnenden Personen und der verbesserten Zugangsmöglichkeiten im PKV-System hat sich die Zahl der Nichtversicherten im deutschen Krankenversicherungssystem deutlich reduziert. Unmittelbar vor Inkrafttreten des GKV-WSG lag die Zahl der Nichtversicherten in Deutschland bei etwa 211.000 Personen.
- Insbesondere durch die erweiterte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Zeitraum von April 2007 bis September 2008 rund 120.000 Nichtversicherte wieder Versicherungsschutz erhalten.
- Internationale Erfahrungen zeigen, dass umfassender Versicherungsschutz und gleichzeitiger Schutz der Versichertengemeinschaft vor Missbrauch nur durch eine konsequente Überwachung der Versicherungspflicht erreicht werden kann.
- Für einen barrierefreien Zugang zur GKV wäre eine Klarstellung des Gesetzgebers notwendig, von Seiten der Krankenkassen auf die Einforderung rückständiger Beiträge seit dem Beginn der Versicherungspflicht zu verzichten.
- Zum Abbau von weiter bestehenden Barrieren in der PKV ist der Gesetzgeber aufgefordert, den Versicherern die Anwendung von Wartezeiten im Basistarif zu untersagen.

**Auswirkungen der Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes
auf Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem**

Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung

vorgelegt von:

Prof. Dr. Stefan Greß

Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda

Anke Walendzik

Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Fulda/Essen, Oktober 2008

Inhalt

0	Executive Summary	4
1	Einleitung	7
2	Versicherungspflicht in Deutschland	9
2.1	Regelungen im GKV-WSG.....	9
2.1.1	Phase I: Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung	9
2.1.2	Phase II: Versicherungsrecht in der privaten Krankenversicherung	11
2.1.3	Phase III: Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung	12
2.2	Auswirkungen der Regelungen im GKV-WSG	14
2.2.1	Anzahl der Nichtversicherten.....	15
2.2.2	Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz	17
2.2.3	Forderungsausfall der gesetzlichen Krankenkassen.....	20
3	Umsetzung einer umfassenden Versicherungspflicht – Internationale Erfahrungen	22
3.1	Versicherungspflicht in den Niederlanden.....	22
3.2	Versicherungspflicht in der Schweiz.....	25
4	Gesundheitspolitische Empfehlungen	28
4.1	Überwachung der Versicherungspflicht.....	28
4.2	Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtversicherung.....	29
4.3	Abbau von Barrieren für den Zugang zu Krankenversicherungsschutz	29
4.4	Konsequenzen für säumige Versicherte.....	30
4.5	Finanzierung der Beitragsrückstände	30
5	Literatur.....	32

Tabellen

Tabelle 1: Prämien im modifizierten Standardtarif.....	11
Tabelle 2: Rechtliche Regelungen zur Versicherungspflicht in Deutschland (Übersicht).....	14
Tabelle 3: Anzahl der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland 1999-2007	15
Tabelle 4: Rückkehrer in die GKV nach § 5 Abs. 1 Satz 13 SGB V (Juni 2007 bis September 2008).....	17
Tabelle 5: Nichtversicherte und säumige Versicherte in den Niederlanden 2006-2007	24
Tabelle 6: Übersicht über zentrale Regelungen zur Umsetzung der Versicherungspflicht in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz.....	28

0 Executive Summary

Als Reaktion auf die kontinuierlich steigende Zahl von Nichtversicherten hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-WSG eine in drei Phasen zu implementierende umfassende Versicherungspflicht im deutschen Krankenversicherungssystem eingeführt. Seit 1. April 2007 gilt die Versicherungspflicht für alle Versicherten, die dem GKV-System zuzuordnen sind. Ab 1. Juli 2007 wurden die Zugangsmöglichkeiten für diejenigen Versicherten verbessert, die dem PKV-System zuzuordnen sind. Ab 1. Januar 2009 gilt die Versicherungspflicht für die Gesamtbevölkerung.

Nach Implementierung der Versicherungspflicht für alle dem GKV-System zuzurechnenden Personen und der verbesserten Zugangsmöglichkeiten im PKV-System hat sich die Zahl der Nichtversicherten im deutschen Krankenversicherungssystem deutlich reduziert. Unmittelbar vor Inkrafttreten des GKV-WSG lag die Zahl der Nichtversicherten in Deutschland bei etwa 211.000 Personen. Insbesondere durch die erweiterte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Zeitraum von April 2007 bis September 2008 rund 120.000 Nichtversicherte wieder Versicherungsschutz erhalten.

Die Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz wurden in der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem durch die Aufhebung der zum Versicherungsschutz notwendigen Vorversicherungszeiten und den Schutz bestehender Versicherungsverhältnisse durch stark eingeschränkte Kündigungsmöglichkeiten der Krankenkassen stark reduziert. Als verbleibende Barriere erweist sich insbesondere die Regelung, dass Rückkehrer Beiträge rückwirkend ab 1. April 2007 zahlen müssen. Stark anwachsende Beitragsrückstände bei den gesetzlichen Krankenkassen – sowohl für Rückkehrer als auch für Bestandsmitgliedschaften in der freiwilligen Versicherung – sind ein Indikator dafür, dass der Gesetzgeber auch zukünftig den Zielkonflikt zwischen möglichst barrierefreiem Zugang zu Krankenversicherungsschutz und dem Schutz der Versichertengemeinschaft vor Missbrauch austarieren muss.

Deutlich höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Zugangsbarrieren weiterhin in der privaten Krankenversicherung. Zwar hat der Gesetzgeber durch den Kontrahierungszwang, den Ausschluss von Risikozuschlägen und den Höchstbeitrag im modifizierten Standardtarif die Zugangsbarrieren gesenkt. Gleichzeitig sind die zu zahlenden Prämien insbesondere für Ältere immer noch relativ hoch. Weitere Zugangsbarrieren bestehen im strikten Kündigungsrecht bei Zahlungsverzug, dem Ausschluss von Vorerkrankungen und in den Wartezeiten bei Neuverträgen. Diese weiter bestehenden Barrieren erklären die bislang

relativ geringe Zahl von Neuaufnahmen von Nichtversicherten in der privaten Krankenversicherung.

In den Niederlanden hat sich das Problem der Nichtversicherung nach Einführung der umfassenden Versicherungspflicht im Jahr 2006 sogar deutlich verschärft. Für die Situation in Deutschland sind die Regelungen in den Niederlanden in mehrfacher Weise von besonderem Interesse. Erstens ist der „alte“ niederländische Basistarif (Ausschluss von Risikozuschlägen, vergleichsweise niedrige Prämienhöhe, Verbot von Wartezeiten und des Ausschlusses und Vorerkrankungen) ein gutes Beispiel für öffentliche Regulierung, um erfolgreich einen barrierefreien Zugang in der privaten Krankenversicherung zu erreichen. Zweitens deuten die derzeitigen Erfahrungen in den Niederlanden darauf hin, dass letztlich eine Versicherungspflicht der Überwachung durch öffentliche Stellen bedarf. Drittens sind auch in den Niederlanden Versicherte mit Beitragsrückständen ein bislang ungelöstes Problem.

Auch in der Schweiz ist die Umsetzung der Versicherungspflicht durchaus zwiespältig zu beurteilen. Einerseits sind die administrativen Regelungen zur Überwachung der Einhaltung der Versicherungspflicht als vorbildlich zu beurteilen. Die Kommunen haben nicht nur weit reichende Kontrollrechte, sondern können Versicherungsunwillige als ultima ratio auch zwangsweise versichern. Andererseits wird die Versicherungspflicht durch die Regelungen für säumige Zahler wieder ausgehöhlt. Faktisch haben säumige Versicherte bis zum Feststellen der Zahlungsunfähigkeit keinen Versicherungsschutz. Dies läuft dem gesundheitspolitischen Ziel eines umfassenden Versicherungsschutzes für die gesamte Wohnbevölkerung zuwider.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen in Deutschland und der Erkenntnisse aus dem Ländervergleich lassen sich vier gesundheitspolitische Schlussfolgerungen für die Umsetzung der umfassenden Krankenversicherungspflicht in Deutschland ableiten.

Erstens zeigen die internationalen Erfahrungen, dass umfassender Versicherungsschutz und gleichzeitiger Schutz der Versichertengemeinschaft vor Missbrauch nur durch eine konsequente Überwachung der Versicherungspflicht erreicht werden kann. Dies kann etwa durch einen Abgleich der kommunalen Melderegister und der Versichertenlisten von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen geschehen. Den überwachenden Behörden – etwa den Kommunen – muss als ultima ratio außerdem die Option zur Verfügung stehen, die betreffenden Personen zwangsweise zu versichern.

Zweitens müssen Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz weiter abgebaut werden. Für einen barrierefreien Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung wäre daher eine Klarstellung des Gesetzgebers notwendig, von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen

auf die Einforderung rückständiger Beiträge seit dem Beginn der Versicherungspflicht zu verzichten. Zum Abbau von weiter bestehenden Barrieren in der privaten Krankenversicherung ist der Gesetzgeber aufgefordert, den privaten Krankenversicherungen die Anwendung von Wartezeiten im Basistarif zu untersagen.

Drittens zeigen internationale Erfahrungen, dass säumige Versicherte zum Schutz der Versichertengemeinschaft bei Zahlungsrückstand mit Konsequenzen rechnen müssen sollten. In diesem Zusammenhang sind die im GKV-WSG festgeschriebenen Konsequenzen für säumige Versicherte – Ruhen des Versicherungsverhältnisses bei gleichzeitiger Behandlung von Notfällen und akuten Schmerzzuständen – als sachgerechter Kompromiss anzusehen.

Viertens werden eingeschränkte Kündigungsmöglichkeiten säumiger Zahler zum Schutz von bestehenden Versicherungsverhältnissen auch zukünftig zu Beitragsrückständen führen. Die Finanzierung der Beitragsrückstände durch die Versichertengemeinschaft ist jedoch zumutbar – insbesondere, wenn der Missbrauch zu Lasten der Versichertengemeinschaft durch die strikte Überwachung der Versicherungspflicht weitgehend ausgeschlossen wird.

1 Einleitung

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eine stufenweise einzuführende Versicherungspflicht im deutschen Krankenversicherungssystem eingeführt. Seit 1. April 2007 gilt die Versicherungspflicht für alle Versicherten, die dem GKV-System zuzuordnen sind. Ab 1. Juli 2007 wurden die Zugangsmöglichkeiten für diejenigen Versicherten verbessert, die dem PKV-System zuzuordnen sind. Ab 1. Januar 2009 gilt die Versicherungspflicht für die Gesamtbevölkerung. Das Bundesministerium für Gesundheit bezeichnet die Versicherungspflicht als „sozialpolitischen Meilenstein“ und zählt die „Krankenversicherung für alle“ zu den zentralen Inhalten des GKV-WSG – noch vor der Reform der Versorgungsstrukturen und der Kassenorganisation, der neuen Finanzierungsordnung und den Veränderungen bei der privaten Krankenversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Die einschlägigen Reformaktivitäten des Gesetzgebers sind nicht zuletzt auf die Ergebnisse der von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Studie zu den Ursachen und zum Ausmaß von Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem zurückzuführen, die 2005 vorgelegt wurde.¹ Mit dieser breit publizierten (Greß et al. 2005a; Greß et al. 2005b; Greß et al. 2006b; Greß et al. 2006c; Walendzik et al. 2006) und diskutierten² Studie wurden erstmals die systematischen Brüche zwischen Krankenversicherungssystem und sich ändernden sozioökonomischen Rahmenbedingungen – insbesondere auf dem Arbeitsmarkt – systematisch herausgearbeitet. Die in der Studie diskutierten Lösungsansätze wurden vom Gesetzgeber teilweise aufgegriffen.

Die hier vorliegende Expertise knüpft unmittelbar an die Vorstudie und die Neuregelungen des Gesetzgebers an und analysiert die Wirksamkeit der im GKV-WSG beschlossenen Maßnahmen.³ In Abschnitt 2 werden die einschlägigen Regelungen des GKV-WSG zunächst

¹ Projekttitlel „Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten.“ Projektnummer S-2005-738-4.

² Die Ergebnisse der Studie wurden auch in den Medien breit diskutiert – so etwa in der Süddeutschen Zeitung vom 29.10.2005 („Zu alt und zu krank für die Krankenkasse“), in der Frankfurter Rundschau vom 7.12.2005 („Ohne Krankenversicherung vor dem schwarzen Loch“) und in Die Welt vom 29.10.2006 („Hilfe für schutzlose Patienten“).

³ Die Autoren danken den Studierenden (Beate Fuchs, Loana Landgrebe, Sarfraz Saeed, Hendrik Siebert, Anke Snethkamp, Anja Zwieselsberger) des studentischen Forschungsprojektes „Nichtversicherung in Deutschland und den USA – Ein gesundheitswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Analyse“ im

im Detail dargestellt und dann ihre Effekte beschrieben. Es wird untersucht, wie viele vormals nicht versicherte Personen als Konsequenz der Regelungen des GKV-WSG wieder Versicherungsschutz bekommen haben. Außerdem werden die verbleibenden Hindernisse für den Zugang zu Krankenversicherung und die Forderungsausfälle der gesetzlichen Krankenkassen analysiert. Im Abschnitt 3 werden die Erfahrungen bei der Umsetzung einer umfassenden Versicherungspflicht in den Niederlanden und der Schweiz ausgewertet – vor allem in Hinblick auf eine Optimierung der Regelungen im GKV-WSG. Der abschließende Abschnitt leitet – auch vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen – gesundheitspolitische Empfehlungen zur Anpassung der gesetzlichen Vorgaben im GKV-WSG ab. Diese Empfehlungen beziehen sich auf die Überwachung der Versicherungspflicht, Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtversicherung, die Barrieren für den Zugang zu Krankenversicherungsschutz, die Konsequenzen für säumige Versicherte und die Finanzierung der Beitragsrückstände.

2 Versicherungspflicht in Deutschland

In diesem Abschnitt werden zunächst die neuen gesetzlichen Regelungen zur Versicherungspflicht in Deutschland soweit dargestellt, wie es für die Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung erforderlich ist. Die Auswirkungen dieser Regelungen werden im zweiten Teil dieses Abschnitts analysiert.

2.1 Regelungen im GKV-WSG

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber eine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland beschlossen. Diese Versicherungspflicht wird in drei Phasen umgesetzt. An der Zweiteilung des Krankenversicherungssystems in gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenvollversicherung ändert die Versicherungspflicht nichts. In diesem Abschnitt wird vor allem dargestellt, wie die jeweiligen Zugangswege rechtlich ausgestaltet sind, welche Regelungen für die Beitragsbemessung gelten und welche Konsequenzen für säumige Versicherte entstehen.

2.1.1 Phase I: Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Seit dem 1. April 2007 gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung eine erweiterte Versicherungspflicht. Diese erweiterte Versicherungspflicht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) gilt für Personen, die

1. keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (gilt also nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften des SGB V versicherungspflichtig oder familienversichert sind oder etwa Anspruch auf Hilfe bei Krankheit oder Anspruch auf Hilfen des Asylbewerberleistungsgesetzes haben) *und*
2. vor der Nichtversicherung zuletzt gesetzlich krankenversichert waren *oder*
3. bisher weder gesetzlich oder privat krankenversichert waren und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen wären (gilt also nicht für hauptberuflich Selbständige, Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Beamte).

Wenn Personen vormals gesetzlich krankenversichert waren, werden sie bei der Krankenkasse versicherungspflichtig, bei der sie zuletzt versichert waren (§ 174 Abs 5 SGB V); sie können dann die regulären Kassenwahlrechte ausüben.

Für die Beitragsbemessung dieses Personenkreises sind insbesondere zwei Regelungen relevant. Erstens verweist § 227 SGB V darauf, dass bei der Beitragsbemessung die Regelungen für freiwillig Versicherte nach § 240 SGB V gelten. Damit werden nicht nur Einkünfte aus unselbständiger Tätigkeit für die Beitragsbemessung berücksichtigt, sondern die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus setzt das Gesetz Untergrenzen für fiktive monatliche Einkünfte fest. Folge ist ein Mindestbeitrag, der für Nicht-Selbständige bei GKV-durchschnittlich rund 123 Euro liegt. Der gesetzliche Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbständige wurde im Rahmen des GKV-WSG von GKV-durchschnittlich 278 Euro im bestimmten Fällen auf 185 Euro abgesenkt (Stand 2008, Beitragssatz 14,9 Prozent).⁴

Zweitens wird ein Säumniszuschlag für diejenigen Personen fällig, die ihrer Versicherungspflicht nicht zum 1. April 2007 nachgekommen sind; tritt die erweiterte Versicherungspflicht erst zu einem späteren Zeitpunkt ein (z.B. bei Rückkehrern aus dem Ausland; späteres Ende der Versicherungspflicht aus anderen Gründen), gelten die Regelungen zu den Säumniszuschlägen ab diesem Zeitpunkt. Die Höhe des Säumniszuschlags beträgt 5 Prozent des länger als einen Monat rückständigen Beitrags pro Monat. Dieser Säumniszuschlag wird nach § 24 Abs. 1a SGB IV auch für freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V fällig, die mit ihren Beiträgen länger als einen Monat säumig sind. Gleichzeitig ist die alte Regelung aus § 191 Nr. 3 SGB V entfallen, wonach die freiwillige Mitgliedschaft nach zweimaliger Nichtzahlung der Beiträge automatisch endete. Allerdings ruhen die Leistungen nach zweimaliger Nichtzahlung von Beiträgen – ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen des Anspruchs endet, wenn die rückständigen Beitragsanteile einschließlich der Säumniszuschläge gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II

⁴ Nach § 240 Abs. 4 SGB V beträgt das beitragspflichtige Einkommen für freiwillig Versicherte pro Kalendertag mindestens 1/90 der monatlichen Bezugsgröße. Für Selbständige beträgt das beitragspflichtige Einkommen pro Kalendertag mindestens 1/40 der monatlichen Bezugsgröße. Die Krankenkassen müssen in ihren Satzungen regeln, unter welchen Voraussetzungen das beitragspflichtige Einkommen für Selbständige auf mindestens 1/60 der monatlichen Bezugsgröße pro Kalendertag reduziert wird; ab 1.1.2009 geht diese Verpflichtung auf den GKV-Spitzenverband über. Die monatliche Bezugsgröße wird jährlich (2008: 2.485 Euro) neu festgelegt.

(Grundsicherung für Arbeitslose) oder des SGB XII (Sozialhilfe) werden (§ 16 Abs. 3a SGB V).

2.1.2 Phase II: Versicherungsrecht in der privaten Krankenversicherung

Seit 1. Juli 2007 hat der Gesetzgeber den Zugang zum so genannten Standardtarif der privaten Krankenvollversicherung erweitert. Der modifizierte Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz gilt für Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und nicht versicherungspflichtig sind (§ 315 SGB V). Das gilt insbesondere für Personen, die zuletzt privat versichert waren und denen wegen der Nichtzahlung von Beiträgen gekündigt wurden – aber auch für Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Biographie der PKV zuzuordnen sind (Selbständige, Beamte, Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze) oder für vormals privat versicherte Personen, die aus dem Ausland zurückkehren. Dieser Personenkreis hat ein Versicherungsrecht im Standardtarif in der PKV – der Antrag darf durch den frei wählbaren privaten Krankenversicherer nicht abgelehnt werden. Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden, der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (532,80 Euro, Stand 2008⁵) nicht übersteigen. Nach Berechnungen der Stiftung Warentest müssen Neukunden im Standardtarif die unten stehenden Beiträge zahlen.

Tabelle 1: Prämien im modifizierten Standardtarif

	30 Jahre	40 Jahre	50 Jahre
Männlich	348	404	477
Weiblich	420	472	522

Beiträge in Euro pro Monat. Quelle: Finanztest 9/2007

Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des im Standardtarif zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II (Grundsicherung für Arbeitslose) oder des SGB XII (Sozialhilfe) entsteht, wird der Beitrag halbiert. Falls dann immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und auch dies durch den zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte.

⁵ Es findet der durchschnittliche Beitragssatz vom 1.1.2007 (in Höhe von 14,8 v.H.) Anwendung auf die Beitragsbemessungsgrenze von 2008 (in Höhe von 3.600 Euro); § 315 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Auf Antrag gewährt der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auch hierfür einen Zuschuss (Verband der privaten Krankenversicherung 2007a).

Die privaten Versicherungsunternehmen können Versicherungsverträge nach dem Standardtarif bereits dann ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Versicherten mit einem Beitrag im Verzug sind und eine Nachzahlung nach einer Fristsetzung von zwei Wochen nicht nachgezahlt wird (§ 39 Versicherungsvertragsgesetz).

Der Leistungsumfang des Standardtarifs orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nach § 75 Abs. 3a SGB V die Versorgung der im Standardtarif versicherten Personen sicherzustellen. Die Höhe der Vergütung kann zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden. Solange solche Vereinbarungen nicht bestehen, gelten gesetzliche Höchstsätze für die Vergütung. Laufende Behandlungen werden nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (Stand 1. Januar 2008) nach drei Monaten Wartezeit erstattet. Bei Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate. Bei Unfällen entfällt die Wartezeit (Verband der privaten Krankenversicherung 2008).

Nach zwei Pressemitteilungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 14. August 2007 wurden laufende Behandlungen für bestehende Krankheiten nur für solche Nichtversicherten erstattet, die sich bis zum 31. Dezember 2007 versichert hatten – und auch dann nur nach Ablauf der Wartezeit (Verband der privaten Krankenversicherung 2007b). Begründet wird dies damit, dass sich fast ausschließlich solche Nichtversicherten für eine Absicherung im Standardtarif entschieden hätten, die sich bereits in ambulanter oder stationärer Behandlung befunden hätten (Verband der privaten Krankenversicherung 2007c).

Zum 1. Januar 2009 werden die im modifizierten Standardtarif abgeschlossenen Versicherungsverträge automatisch auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt (siehe unten).

2.1.3 Phase III: Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung

Mit dem 1. Januar 2009 tritt die im GKV-WSG beschlossene Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in Kraft (jetzt: § 193 Abs. 3ff.). Danach sind alle im Inland wohnenden Personen dazu verpflichtet, eine private Krankenversicherung abzuschließen; dies gilt nicht, sofern Versicherungspflicht, freiwillige Versicherung oder Familienversicherung in der GKV besteht. Diese Krankenversicherung muss mindestens die ambulante und stationäre

Heilbehandlung umfassen und darf einen maximalen jährlichen Selbstbehalt von 5000 Euro haben. Für Verträge, die später als zum 1. Januar 2009 abgeschlossen werden, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten; sofern die Versicherungspflicht erst später beginnt - z.B. bei Rückkehrern aus dem Ausland - beginnt der Prämienzuschlag (ein Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat der Nichtversicherung) entsprechend später.

Die privaten Krankenversicherer müssen dem nicht versicherten – aber der privaten Krankenversicherung zuzurechnenden – Personenkreis eine Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewähren. Für Beitragskalkulation, Leistungsumfang und Aufnahmezwang im Basistarif gelten ähnliche Regelungen wie beim Standardtarif.⁶

Allerdings sind die Kündigungsmöglichkeiten der privaten Krankenversicherer zukünftig stark eingeschränkt. Nach Nichtzahlung von zwei Monatsbeiträgen und erfolgloser Mahnung kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ruhen lassen. Während der Zeit des Ruhens haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Zusätzlich wird ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent pro Monat fällig. Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses endet erst nach vollständiger Zahlung aller rückständigen Beitragsanteile einschließlich des Säumniszuschlags. Tabelle 2 fasst die gesetzlichen Regelungen in den drei Phasen zusammen.

⁶ Nach Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherer werden die entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Detail noch mit der zuständigen Aufsichtsbehörde abgestimmt. Der Verbandvorsitzende hat anlässlich der Mitgliederversammlung 2008 allerdings bereits darauf hingewiesen, dass der Basistarif aus seiner Sicht kein attraktives Vertragsmodell sein wird: „Der Basistarif wird mit Leistungslimitierungen, Kostendämpfungs- und Steuerungsinstrumenten ausgestattet sein wie es sie auch in der GKV gibt. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen der GKV werden sich im Basistarif eins zu eins auswirken (Schulte 2008).“ Dem Vernehmen nach wird der Beitrag schon in jungen Jahren beim GKV-Höchstbeitrag liegen.

Tabelle 2: Rechtliche Regelungen zur Versicherungspflicht in Deutschland (Übersicht)

	Phase I: Versicherungs- pflicht GKV	Phase II: Versicherungsrecht PKV	Phase III: Versicherungspflicht PKV
Implementierung	1.4.2007	1.7.2007	1.1.2009
Betroffener Personen- kreis	Der GKV zuzurechnen	Der PKV zuzurechnen	Der PKV zuzurechnen
Gesetzlich festgelegte Beiträge	Mindestbeiträge wie für freiwillig Versicherte	Keine Risikozuschläge; Höchstbeitrag; Beitragslimitierung bei Hilfebedürftigkeit	Keine Risikozuschläge; Höchstbeitrag; Beitragslimitierung bei Hilfebedürftigkeit
Kündigung durch Versicherer	Nein Ruhe des Versiche- rungsverhältnisses nach zweimaliger Nicht- zahlung von Beiträgen	Nach einmaliger Nichtzahlung und erfolgloser Mahnung	Nein Ruhe des Versiche- rungsverhältnisses nach zweimaliger Nicht- zahlung von Beiträgen
Abschließender Krankenversicherer	Krankenkasse, bei der zuletzt Versiche- rungsschutz bestand	Jeder private Krankenversicherer	Jeder private Krankenversicherer
Leistungseinschrän- kungen	Bei Ruhe des Ver- sicherungsverhältnisses: Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft	Wartezeiten Bei Abschluss des Versicherungsver- hältnisses nach 31.12.2007: Ausschluss von Vorerkrankungen	Bei Ruhe des Ver- sicherungsverhältnisses: Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft
Säumniszuschläge	5 Prozent des länger als einen Monat rückständigen Beitrags pro Monat bei Nichtversicherung und bei Nichtzahlung von Beiträgen	-	Ein Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung; ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat der Nichtversicherung; 1 Prozent pro Monat bei Nichtzahlung von Beiträ- gen

Quelle: Eigene Zusammenstellung

2.2 Auswirkungen der Regelungen im GKV-WSG

In diesem Abschnitt werden – mit Stand September 2008 – die Auswirkungen der oben skizzierten Regelungen analysiert. Die Analyse muss sich darauf beschränken, die Konsequenzen der ersten beiden Phasen – Versicherungspflicht in der GKV und Versicherungsrecht in der GKV – empirisch zu untersuchen. Allerdings lassen sich aus dieser

Untersuchung auch Anhaltspunkte für die Wirksamkeit der dritten Phase – Versicherungspflicht in der PKV – ableiten.

Zunächst wird untersucht, wie viele vormals nicht versicherte Personen als Konsequenz der Regelungen des GKV-WSG wieder Versicherungsschutz bekommen haben.. Im zweiten Teil wird untersucht, inwieweit noch Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz bestehen. Im letzten Teil des Abschnitts wird eine unbeabsichtigte Nebenwirkung der Regelungen im GKV-WSG diskutiert – die steigenden Forderungsausfälle der gesetzlichen Krankenversicherer.

2.2.1 Anzahl der Nichtversicherten

Bis zur schrittweisen Einführung der Versicherungspflicht im Rahmen des GKV-WSG hat sich die Anzahl der Nichtversicherten in Deutschland langsam aber kontinuierlich nach oben bewegt (vgl. ausführlicher Greß et al. 2005a). Zuletzt bestätigt wurde diese Entwicklung durch den Mikrozensus 2007, in dem im Vergleich zu den Vorerhebungen ein weiterer Anstieg von Nichtversicherung gemessen werden konnte (vgl. Tabelle 3).⁷ Danach waren im ersten Quartal 2007 – unmittelbar vor Implementierung der ersten beiden Phasen zur Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht in Deutschland – 211.000 Menschen in Deutschland nicht versichert (Statistisches Bundesamt 2008). Gemessen am Anteil dieser Personengruppe an der Gesamtbevölkerung – deutlich weniger als ein Prozent – war Nichtversicherung zu diesem Zeitpunkt rein quantitativ ein vergleichsweise unbedeutendes Phänomen. Problematisch waren jedoch zum einen die ungebrochen steigende Tendenz und vor allem die mitunter dramatischen Konsequenzen für die betroffenen Personen (vgl. auch hier ausführlicher Greß et al. 2005a).

Tabelle 3: Anzahl der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland 1999-2007

	Anzahl	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %
April 1999	145.000	0,2
Mai 2003	177.000	0,2
1. Quartal 2007	211.000	0,3

Quelle: (Statistisches Bundesamt 2008)

⁷ Der Mikrozensus ist die mit Abstand zuverlässigste Erhebung von Nichtversicherten in Deutschland. Zu methodischen Fragen der Erhebung dieser Personengruppe vgl. ausführlicher (Greß et al. 2005a).

Die erste Phase der Implementierung der umfassenden Versicherungspflicht in Deutschland – die Versicherungspflicht des der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnenden Personenkreises lief zunächst schleppend an. Dem Gesetzgeber wurde vorgeworfen, das Problem der Nichtversicherung überschätzt und die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns falsch beurteilt zu haben. Es wurde geschätzt, dass bis Ende Juni nur 15.000 Nichtversicherte die Rückkehrmöglichkeit genutzt hätten.⁸

Mehr als ein Jahr nach Einführung der Versicherungspflicht für den der GKV zuzurechnenden Personenkreis stellt sich das Bild deutlich differenzierter dar. Da die „Rückkehrer“ in die gesetzliche Krankenversicherung seit Juni 2007 in der amtlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit teilweise separat erfasst werden,⁹ lässt sich ein vergleichsweise genaues Bild über die Anzahl der neu von der Versicherungspflicht erfassten Personen machen (vgl. Tabelle 4). Da keine Angaben über die Anzahl der Mitversicherten vorlagen, wurden diese aufgrund des Verhältnisses von Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung geschätzt. In der gesamten GKV beträgt dieser Anteil rund 38 Prozent. Stichproben bei einzelnen großen Krankenkassen haben ergeben, dass dieses Verhältnis bei den Rückkehrern in die gesetzliche Krankenversicherung jedoch deutlich niedriger ist und bei etwa 20 Prozent liegt. In der unten stehenden Tabelle wurde daher die niedrigere Mitversicherungsquote von 20 Prozent zugrunde gelegt.

Die Zahlen der offiziellen Statistik zeigen, dass die Nichtversicherten in der Tat zunächst vergleichsweise zögerlich ihrer Versicherungspflicht nachgekommen sind. Darüber hinaus ist die Dynamik der neu versicherten Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung seit Herbst 2007 deutlich zurückgegangen, ohne dass sie völlig zum Erliegen gekommen ist. Insgesamt hat damit die erste Phase der Einführung eines umfassenden Versicherungsschutzes in Deutschland dazu geführt, dass bis September 2008 etwa 116.000 vormals nicht versicherte Menschen Versicherungsschutz erhalten haben.

⁸ Vgl. etwa Stuttgarter Zeitung vom 28.06.2007: „Für manchen ist die fehlende Versicherung ein Sparmodell“, Tagesspiegel vom 4.6.2007: „Nichtversicherte nutzen Rückkehrmöglichkeiten kaum“ und Süddeutsche Zeitung vom 8.8.2007: „Tausende Münchner ohne Krankenversicherung“.

⁹ Es werden nur die Mitglieder gesondert erfasst – nicht aber die mitversicherten Familienangehörigen.

Tabelle 4: Rückkehrer in die GKV nach § 5 Abs. 1 Satz 13 SGB V (Juni 2007 bis September 2008)

Zeitpunkt	Mitglieder	Mitversicherte*	Gesamt*
6/2007	20274	4055	24329
9/2007	50856	10171	61027
12/2007	69060	13812	82872
3/2008	81337	16267	97604
6/2008	91731	18346	110077
9/2008	96788	19358	116146

*Schätzung. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Statistik KM 1

Deutlich weniger vormals Nichtversicherte werden bislang durch die zweite Phase der Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht in Deutschland erfasst – den seit 1. Juli 2007 geltenden modifizierten Standardtarif in der privaten Krankenversicherung.¹⁰ Nach Informationen des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben bis Ende Februar 2008 rund 3.600 Personen einen privaten Versicherungsvertrag im modifizierten Standardtarif abgeschlossen. In der Zeit von Juli 2007 bis Mitte September 2007 wären rund 2800 Verträge im modifizierten Standardtarif abgeschlossen worden. Danach sei die Anzahl der Neuverträge stark gesunken. In den ersten zwei Monaten des Jahres 2008 hätten sich nur weitere 300 Personen für diesen Tarif entschieden.

Zusammenfassend lässt sich kurz vor der Implementation der dritten Phase der Regelungen zur Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht ein Teilerfolg feststellen. Mehr als die Hälfte der im ersten Quartal 2007 nicht versicherten Personen hat im Juli 2008 wieder Versicherungsschutz erhalten – weit überwiegend in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das bedeutet aber auch, dass eine nennenswerte Anzahl von Menschen in Deutschland weiter keinen Krankenversicherungsschutz hat. Der folgende Abschnitt analysiert daher die weiter bestehenden Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz.

2.2.2 Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz

Eine Versicherungspflicht alleine reicht nicht aus, um umfassenden Versicherungsschutz für die gesamte Wohnbevölkerung zu erreichen. Die Versicherungspflicht muss zur Erreichung

¹⁰ Eine offizielle Statistik liegt über diesen Personenkreis nicht vor. Die vorliegenden Informationen beruhen auf Angaben des Pressereferenten des PKV-Verbandes.

des Ziels „umfassender Versicherungsschutz“ so operationalisiert werden, dass der Zugang zur Krankenversicherung möglichst barrierefrei ist. Die Regelungen des GKV-WSG haben – zumindest hinsichtlich des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine Reihe von Barrieren aufgehoben und den Zugang zur GKV erheblich erleichtert. Allerdings wurden durch die Regelungen des GKV-WSG auch neue Barrieren aufgebaut.

Erstens ist der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung insofern erheblich erleichtert worden, weil Nichtversicherte nicht mehr über den Zugangsweg freiwillige Versicherung Versicherungsschutz in der GKV erhalten. Damit entfallen die Vorversicherungszeiten, die für viele Nichtversicherte eine erhebliche Barriere zum Krankenversicherungsschutz in der GKV darstellten (vgl. ausführlicher Greß et al. 2005a). Auf diese Art und Weise wird vermieden, dass an Schnittstellen des Erwerbs- und Privatlebens aus der Pflichtversicherung heraus fallende Personen (z. B. Studierende, nicht erwerbstätige Geschiedene und geringfügig Beschäftigte) keinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz mehr bekommen.

Zweitens wurden durch das GKV-WSG die Kündigungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen erheblich eingeschränkt. Eine Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft ist nur noch gültig, wenn das Mitglied eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Damit werden bestehende Versicherungsverhältnisse geschützt und das Risiko zukünftiger Nichtversicherung gemindert.

Drittens hat der Gesetzgeber die Barrieren zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gesenkt, indem das fiktionale Mindesteinkommen und damit der Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbständige gesenkt wurden. Damit wird es vor allem so genannten kleinen Selbständigen – insbesondere solchen, die ihren Versicherungsschutz in der GKV aufgrund Zahlungsverzugs verloren haben – erleichtert, wieder Zugang zur GKV zu bekommen.

Diese Maßnahmen haben in der Kombination erheblich dazu beigetragen, dass die Anzahl der der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnenden nichtversicherten Personen erheblich zurückgegangen ist. Gleichzeitig jedoch deuten die Zahlen der Malteser Migranten Medizin (MMM) in Köln – einer der größten karitativen Einrichtungen zur ärztlichen Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland – darauf hin, dass die Zugangsbarrieren nicht vollständig abgebaut sind (Malteser Migranten Medizin 2008). Nach Auskunft der ärztlichen Leiter der MMM lassen sich auch seit April 2007 weiterhin Menschen behandeln, die eigentlich in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären. Als Barriere erweisen sich weniger Informationsdefizite – die Regelungen zur Versicherungspflicht sind in diesem Personenkreis mittlerweile gut bekannt. Abschreckend

wirkt in erster Linie der Säumniszuschlag nach § 24 Abs. 1 a SGB IV und die Tatsache, dass Beiträge seit dem 1. April 2007 auch bei späterem Versicherungsbeginn nachgezahlt werden müssen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Krankenkassen mehrfach aufgefordert, in diesen Fällen kulant zu handeln. Nach Aussage der Verbraucherzentrale (Bundesverband) gehen die Krankenkassen jedoch vergleichsweise restriktiv mit den Betroffenen um. Die Betroffenen müssten in der Praxis vielmehr glaubhaft machen, dass sie von der Einführung der Versicherungspflicht zum 1. April 2007 nichts wissen konnten.¹¹

Noch deutlich höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Zugangsbarrieren weiterhin in der privaten Krankenversicherung. Zwar hat der Gesetzgeber durch den Kontrahierungszwang, den Ausschluss von Risikozuschlägen und den Höchstbeitrag im modifizierten Standardtarif die Zugangsbarrieren gesenkt. Auch ist ab 1.1.2009 eine Kündigung eines privaten Krankenversicherungsvertrages nicht mehr möglich, wenn der Versicherte keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz nachweist. Gleichzeitig sind die zu zahlenden Prämien – insbesondere im Vergleich zu den Mindestbeiträgen in der GKV – allerdings immer noch relativ hoch (vgl. Tabelle 1). Insbesondere für eine zentrale Risikogruppe für Nichtversicherte – nämlich die so genannten kleinen Selbständigen ohne vormaligen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz – stellt die Prämienhöhe damit weiterhin eine substantielle Barriere dar. Diese Barriere ist umso höher, je älter die betreffende Person ist.

Der abschreckende Charakter der Prämienhöhe wird noch dadurch verstärkt, dass die privaten Krankenversicherer im Rahmen des modifizierten Standardtarifs ein vergleichsweise striktes Kündigungsrecht bei Zahlungsverzug haben und seit Januar 2008 die Abdeckung von Vorerkrankungen explizit ausgeschlossen haben. Hinzu kommen die in der privaten Krankenversicherung üblichen Wartezeiten bei Neuverträgen. Diese weiter bestehenden Barrieren erklären die relativ geringe Zahl von Neuaufnahmen im modifizierten Standardtarif der privaten Krankenversicherung. Allerdings treten mit Jahresbeginn 2009 die Regelungen zur Versicherungspflicht in der PKV in Kraft. Bei der Versicherung im Basistarif sind dann keine Vorerkrankungen mehr ausgeschlossen, und es bestehen keine Kündigungsrechte bei Nichtzahlung eines Beitrags mehr – wohl aber das Ruhen die Leistungen für nicht akute Fälle.

¹¹ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 09.04.2008, S. 27: „Endlich wieder krankenversichert – und ruiniert“.

2.2.3 *Forderungsausfall der gesetzlichen Krankenkassen*

Nach Einführung der umfassenden Versicherungspflicht für den der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnenden Personenkreis beschwerten sich die gesetzlichen Krankenkassen zunehmend über Forderungsausfälle durch die Rückkehrer.¹² Nach Presseberichten könnten nur rund die Hälfte der neuen Mitglieder die laufenden Beiträge zuzüglich etwaig angefallener rückständiger Beiträge bezahlen. Stichproben hätten ergeben, dass die Ausfallquote bei einzelnen Kassen sogar bei 75 Prozent läge.¹³

Nach einer Pressemitteilung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 25.06.2008 hätten die gesetzlichen Krankenkassen im Zeitraum von 1. April 2007 bis 30. April 2008 Beitragsausfälle von insgesamt 97 Millionen Euro verzeichnet. Dem lägen 52.000 Rückstandsfälle zugrunde. Es wird allerdings nicht unterschieden, in welchem Umfang die Beitragsausfälle auf laufende Beitragszahlungen und auf Beitragsrückstände bzw. Säumniszuschläge für den Zeitraum zwischen Beginn der Versicherungspflicht und Beitritt entfallen. Zu den Beitragsausfällen für die Rückkehrer kämen außerdem noch dramatisch ansteigende Beitragsrückstände bei freiwillig Versicherten in Höhe von mehr als 180 Millionen Euro (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 2008).

Die Forderungsausfälle zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen – und damit letztlich zu Lasten der Versichertengemeinschaft – lassen sich direkt aus den Regelungen des GKV-WSG erklären. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen erstens den versicherungspflichtigen und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnenden Personenkreis aufnehmen, auch wenn diese Personen die laufenden Beiträge bzw. die Beitragsrückstände nicht aufbringen können. Zweitens werden bestehende Versicherungsverhältnisse geschützt, indem freiwillig Versicherte mit Beitragsrückständen nicht mehr gekündigt werden können.

Der Gesetzgeber steht in diesem Zusammenhang vor einem schwer lösbaren Zielkonflikt. Einerseits strebt er einen umfassenden Versicherungsschutz für die Gesamtbevölkerung an. Dieser kann nur erreicht werden, wenn der Zugang zum Krankenversicherungsschutz

¹² Die privaten Krankenversicherer sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt von diesem Problem nicht betroffen. Im modifizierten Standardtarif haben die privaten Krankenversicherer die üblichen Kündigungsrechte gemäß § 39 Versicherungsvertragsgesetz. Das wird sich mit der Einführung des Basistarifs ändern – dann wird sich die Situation ähnlichen darstellen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.

¹³ Vgl. etwa Der Spiegel vom 17.03.2008, S. 31: „Vollkasko zum Nulltarif“ und Focus vom 17.03.2008, S. 16: „Kassenrückkehrer zahlen nicht“.

möglichst barrierefrei ausgestaltet wird (vgl. oben). Andererseits ist der Gesetzgeber auch gehalten, die Versichertengemeinschaft in der GKV vor Missbrauch zu schützen. In dieser Tradition standen eine Reihe von Maßnahmen vor dem GKV-WSG, die letztlich aber auch zum Anstieg von Nichtversicherung beigetragen haben (Greß et al. 2005a).

Durch die Regelungen des GKV-WSG werden wieder zunehmend Handlungsfelder für individuelle Optimierungskalküle geöffnet. Diese könnten beispielsweise darin bestehen, dass Nichtversicherte erst bei entstehendem Behandlungsbedarf Versicherungsschutz suchen oder indem freiwillig Versicherte die Beitragszahlungen einstellen. In beiden Fällen können die Krankenkassen den Versicherungsschutz nicht aufkündigen. Zum Schutz vor Missbrauch hat der Gesetzgeber jedoch vorgesehen, dass in diesen Fällen die Mitgliedschaft ruht und nur Notfallbehandlungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen von den Krankenkassen finanziert werden müssen.

3 Umsetzung einer umfassenden Versicherungspflicht – Internationale Erfahrungen

Im Gegensatz zu Ländern mit einer steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsversorgung – in denen Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Regel über den Nachweis des Wohnorts in dem betreffenden Land erfolgt – lässt sich Universalität im Zugang in Ländern mit sozialem oder privatem Krankenversicherungsschutz schwieriger herstellen. Der Gesetzgeber muss Regelungen treffen, unter welchen Voraussetzungen welche Zugangswege zu den einzelnen Krankenversicherungssystemen zur Verfügung stehen.

Für die Umsetzung einer umfassenden Versicherungspflicht in Deutschland und die Ableitung gesundheitspolitischer Empfehlungen zur Optimierung der im GKV-WSG getroffenen Regelungen sollen daher in diesem Abschnitt die Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz analysiert werden. In beiden Ländern hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren eine umfassende Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung eingeführt. Von besonderem Interesse ist vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen in Deutschland der Umgang mit dem Zielkonflikt zwischen möglichst barrierefreiem Zugang zu Krankenversicherungsschutz und dem Schutz der Versichertengemeinschaft vor Missbrauch.

3.1 Versicherungspflicht in den Niederlanden

Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2006 in den Niederlanden das Krankenversicherungssystem umfassend reformiert (vgl. ausführlich Greß et al. 2006a). Zu den zentralen Reformelementen zählte neben der Zusammenführung der vormals getrennten sozialen und privaten Krankenversicherungssysteme die Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung in dem neuen einheitlichen Versicherungssystem. Dieser Schritt war insofern von großer Bedeutung, als dass rund 30 Prozent der Bevölkerung vor der Reform freiwillig in der privaten Krankenversicherung versichert waren. Gleichzeitig lag der Anteil der Nichtversicherten an der Gesamtbevölkerung mit unter 0,2 Prozent vergleichsweise niedrig. Die Zugangsbarrieren in der privaten Krankenversicherung vor der Reform waren durch einen öffentlich regulierten Basistarif mit Kontrahierungszwang, Ausschluss von Risikozuschlägen, vergleichsweise niedriger Prämienhöhe sowie dem Verbot von Wartezeiten und des Ausschlusses von Vorerkrankungen sehr niedrig (Wasem et al. 2004).

Trotz der Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht haben Beobachter der niederländischen Krankenversicherungsreform den Anstieg der Zahl von Nichtversicherten als ein zentrales Risiko der Reform identifiziert (Maarse 2006; van Ginneken 2006). Diese

Befürchtung wurde mit der spezifischen Umsetzung der Versicherungspflicht in den Niederlanden begründet. Die Einhaltung der Versicherungspflicht wurde zunächst – ähnlich wie in Deutschland – nicht überwacht. Bei einer Nichteinhaltung der Versicherungspflicht müssen die Betroffenen im Krankheitsfall die gesamten anfallenden Kosten tragen. Alternativ haben sie auch einen Anspruch auf den sofortigen Abschluss einer Krankenversicherung. In diesem Fall kann der betroffene Krankenversicherer den Versicherungsschutz nicht verwehren. Allerdings kann der Krankenversicherer bis zu fünf Jahre rückwirkend eine Strafzahlung in Höhe von 130 Prozent des einkommensunabhängigen Beitrags über die nicht krankenversicherte Zeitperiode verlangen. Das Einkommen vieler Nichtversicherter ist aber – ähnlich wie in Deutschland – so niedrig, dass sie für diese Strafzahlungen nicht aufkommen können. Dieses Problem stellt sich in den Niederlanden verschärft, da der Beitrag zur Krankenversicherung seit der Reform zur Hälfte einkommensunabhängig ist, während der einkommensunabhängige Teil zuvor bei durchschnittlich unter 20 % der Beiträge lag. Personen mit niedrigem Einkommen erhalten zwar einen steuerfinanzierten Zuschuss. Dieser deckt jedoch erstens nur einen Teil des Krankenversicherungsbeitrags und wird zweitens direkt an den Antragsteller und nicht an die Krankenversicherungen ausbezahlt. Auf diese Art und Weise kann nicht sichergestellt werden, dass der Zuschuss auch zweckgebunden verwendet wird (Greß et al. 2006a).

Die gesetzlichen Regelungen in den Niederlanden sehen darüber hinaus vor, dass säumige Versicherte nach einer Frist von sechs Monaten von ihrem Krankenversicherer gekündigt werden können. Gleichzeitig hat die kündigende Krankenversicherung das Recht, für die nächsten fünf Jahre die Aufnahme der gekündigten Person zu verweigern. Allerdings hat die gekündigte Person einen Rechtsanspruch darauf, bei einem anderen Krankenversicherer Versicherungsschutz zu bekommen. Mögliche Konsequenz wäre eine vom Gesetzgeber nicht erwünschte Art von Versichertenmobilität (van de Ven/Schut 2008). Daher haben Regierung und Krankenversicherungen vereinbart, dass die säumigen Zahler – die so genannten „wanbetalers“ – nicht gekündigt werden. Die ausstehenden Beiträge werden vorerst aus Steuermitteln finanziert.

Vor dem Hintergrund dieser Regelungen waren Meldungen nicht überraschend, dass nach der Krankenversicherungsreform in den Jahren 2006 und 2007 die Zahl der Nichtversicherten in den Niederlanden merklich angestiegen ist, vor allem dadurch, dass die Einhaltung der Versicherungspflicht nicht überprüft wird. Im Jahr 2007 machten Nichtversicherte und säumige Versicherte zusammen fast eine halbe Million Personen aus – das sind etwa drei Prozent der Bevölkerung (vgl. Tabelle 5). Diese Zahlen zeigen, dass das Problem der

Nichtversicherung nach Einführung der Versicherungspflicht deutlich verschärft wurde. Betroffen sind in erster Linie Personen mit Migrationshintergrund und Personen mit Bezug von Einkommensersatzleistungen. Die letztere Personengruppe ist besonders betroffen, weil – im Gegensatz zu ALG II-Empfängern in Deutschland – die Krankenversicherungsbeiträge nicht *für* den Leistungsempfänger sondern *von* dem Leistungsempfänger gezahlt werden müssen. Nach Aussage der niederländischen Regierung seien die Krankenversicherungsbeiträge bei der Bemessung der Höhe der Einkommensersatzleistungen berücksichtigt worden.

Tabelle 5: Nichtversicherte und säumige Versicherte in den Niederlanden 2006-2007

	2006	2007
Nichtversicherte	241.000	231.000
Säumige Versicherte	191.000	240.000
<i>Summe</i>	<i>332.000</i>	<i>471.000</i>

Quelle: (Statistics Netherlands 2008)

Die niederländische Regierung ist mittlerweile auf die Probleme bei der Umsetzung der Versicherungspflicht aufmerksam geworden und hat eine Reihe von Gegenmaßnahmen ergriffen. Erstens gleicht die Regierung die Versichertenlisten der Krankenversicherer mit den Melderegistern ab, um Kenntnis über die Identität der Nichtversicherten zu erhalten. Nach der Identifizierung sollen die Nichtversicherten eine Mahnung erhalten und gegebenenfalls zwangsversichert werden. Zweitens sollen säumige Zahler zur Zahlung gezwungen werden, indem die Beiträge direkt von ihrem Einkommen bzw. von ihren Einkommensersatzleistungen abgezogen und an die Krankenversicherung überwiesen werden (van de Ven/Schut 2008).

Insgesamt zeigt die Einführung der Krankenversicherungspflicht in den Niederlanden sehr deutlich, dass für den Umfang des tatsächlichen Versicherungsgrades in der Bevölkerung weniger gesetzliche Regelungen zum Bestehen oder Nicht-Bestehen einer Versicherungspflicht als der möglichst barrierefreie Zugang zu Krankenversicherungsschutz entscheidend ist. Durch die Ausweitung des einkommensunabhängigen Beitragsanteils an der Finanzierung der Krankenversicherung scheinen – trotz paralleler Einführung eines steuerfinanzierten Zuschusses – insbesondere Personen mit niedrigem Einkommen finanziell überfordert zu werden. Gleichzeitig bietet die Auszahlung des steuerfinanzierten Zuschusses direkt an den Antragsteller Anreize, den Zuschuss alternativen Verwendungen zuzuführen.

Für die Situation in Deutschland sind die Regelungen in den Niederlanden in mehrfacher Weise von besonderem Interesse. Erstens ist der „alte“ niederländische Basistarif (Ausschluss von Risikozuschlägen, vergleichsweise niedrige Prämienhöhe, Verbot von Wartezeiten und des Ausschlusses und Vorerkrankungen) ein gutes Beispiel für öffentliche Regulierung, um erfolgreich einen barrierefreien Zugang in der privaten Krankenversicherung zu erreichen. Zweitens deuten die derzeitigen Erfahrungen in den Niederlanden darauf hin, dass eine Versicherungspflicht letztlich der Überwachung durch öffentliche Stellen bedarf. Drittens sind auch in den Niederlanden Versicherte mit Beitragsrückständen ein Problem. Die derzeit in den Niederlanden praktizierte Variante – Erstattung der Beitragsrückstände aus Steuermitteln – wird auch in Deutschland von Seiten der Krankenkassen gefordert.

3.2 Versicherungspflicht in der Schweiz

In der Schweiz wurde die Versicherungspflicht – das so genannte Obligatorium – im Rahmen der im Jahr 1996 in Kraft getretenen letzten großen Krankenversicherungsreform eingeführt. Wie in den Niederlanden – und in Deutschland ab 2009 – ist die gesamte Wohnbevölkerung versicherungspflichtig. Diese Versicherungspflicht gilt für die überwiegend über einkommensunabhängig erhobene Kopfpauschalen finanzierte Basisversicherung. Einkommensabhängige Beiträge gibt es in der Schweiz nicht, allerdings erhalten einkommensschwache Versicherte einen durch die Kantone organisierten und aus Steuermitteln finanzierten Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen. Dieser Zuschuss – die so genannte Prämienverbilligung – wird teilweise an die Versicherten selbst und teilweise direkt an die Krankenversicherer bezahlt (vgl. ausführlicher Langer et al. 2005).

Im Gegensatz zu Deutschland und den Niederlanden überprüfen die Behörden in der Schweiz die Einhaltung der Versicherungspflicht. Nach Artikel 6 Abs. 1 Krankenversicherungsgesetz (KVG) haben die Kantone für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen (Absatz 1). In der Praxis wird die Überwachung der Versicherungspflicht von den Kantonen an die Gemeinden delegiert, die die Versicherungspflicht auf regionaler Ebene überwachen.

Personen, die von einem anderen Kanton oder aus dem Ausland in einer Gemeinde zuziehen, müssen sich in einem Zeitraum von drei Monaten versichern lassen und den Nachweis bei der zuständigen Behörde unaufgefordert einreichen. Eltern von Neugeborenen sind gesetzlich verpflichtet, ihr Kind innerhalb der ersten drei Lebensmonate zu versichern und einen entsprechenden Versicherungsnachweis bei der Gemeinde vorzulegen. Die Gemeinden und die weiteren für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständigen kantonspezifischen Behörden sind berechtigt, den Versicherungsnachweis von jeder versicherungspflichtigen

Person zu verlangen. Wenn Personen ihrer Versicherungspflicht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist nachkommen, können die Gemeinden die Versicherungsunwilligen zwangsweise einem Versicherer zuweisen (Art. 6, Abs. 2 KVG).

Die strikten Regelungen zur Überwachung der Versicherungspflicht haben dazu geführt, dass das Phänomen Nichtversicherung – zumindest formaljuristisch – in der Schweiz unbekannt ist. Die Gemeinden können durch die angesprochenen Maßnahmen sicherstellen, dass das Obligatorium auch in der Praxis eingehalten wird. Dennoch gibt es in der Schweiz eine zunehmende Zahl von Personen, die faktisch über keinen Versicherungsschutz mehr verfügen. Es handelt sich dabei um eine Personengruppe, die von der so genannten Leistungssistierung (Leistungsaufschub) betroffen sind (Art. 64a KVG).

Dabei handelt es sich um säumige Zahler, deren Versicherungsverhältnis ruht, solange die Zwangsvollstreckung der ausstehenden Beiträge durch den Krankenversicherer noch nicht abgeschlossen ist. Im Gegensatz zu dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses in Deutschland haben die von dem Leistungsaufschub betroffenen Personen keinerlei Leistungsanspruch gegenüber dem Krankenversicherer. Sie müssen die im Zeitraum des Leistungsaufschubs anfallenden Behandlungskosten zunächst selbst übernehmen oder die Notfallversorgung in kantonalen Krankenhäusern in Anspruch nehmen.¹⁴ Solange die Versicherten vom Leistungsaufschub betroffen sind, dürfen sie außerdem den Krankenversicherer nicht wechseln.

Bei vollständiger Zahlung der rückständigen Beiträge einschließlich der anfallenden Kosten werden im Zeitraum des Leistungsaufschubs angefallenen Leistungsausgaben vom Krankenversicherer übernommen. Können die säumigen Versicherten die Beiträge nicht zahlen, endet das Zwangsvollstreckungsverfahren mit der Feststellung der Zahlungsunfähigkeit.¹⁵ Dann übernehmen in der Regel – allerdings noch nicht in der gesamten Schweiz – die Kantone die Zahlung der Beiträge, der Leistungsaufschub wird aufgehoben.

¹⁴ Die Regelungen zum Leistungsaufschub gem. Art. 64a KVG gelten erst seit Jahresbeginn 2006. Bis dahin haben die Krankenversicherer die anfallenden Leistungen auch während des Verfahrens zur Zwangsvollstreckung erstattet. Mit dieser Maßnahme sollte die Zahlungsmoral der säumigen Versicherten verbessert werden (santesuisse 2007).

¹⁵ Bis dahin vergeht ein Zeitraum zwischen acht und 24 Monaten (GDK 2007).

Nach einer Erhebung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) waren zu Beginn des Jahres 2007 etwa 120.000 Personen in der Schweiz vom Leistungsaufschub betroffen. Das entspricht etwa 1,6 Prozent der Bevölkerung. Diese Werte dürften nach Aussage der GDK noch weiter steigen, weil zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht alle Zahlungsaußenstände durch ein Zwangsvollstreckungsverfahren eingetrieben wurden (GDK 2007). Derzeit wird diskutiert, ob sämtliche Kantone die ausstehenden Beiträge finanzieren, wenn die Zahlungsunfähigkeit der Versicherten festgestellt ist. Im Gegenzug sollen die Krankenversicherer auf den Leistungsaufschub verzichten.¹⁶

Insgesamt ist die Umsetzung der Versicherungspflicht in der Schweiz durchaus zwiespältig zu beurteilen. Einerseits sind die administrativen Regelungen zur Überwachung der Einhaltung der Versicherungspflicht als vorbildlich zu beurteilen. Die Kommunen haben nicht nur weit reichende Kontrollrechte, sondern können Versicherungsunwillige als ultima ratio auch zwangsweise versichern. Andererseits wird die Versicherungspflicht durch die im Jahr 2006 implementierten Regelungen zum Leistungsaufschub wieder ausgehöhlt. Faktisch haben säumige Versicherte bis zum Feststellen der Zahlungsunfähigkeit keinen Versicherungsschutz.

Für die Situation in Deutschland sind gerade diese beiden Aspekte – Überwachung der Versicherungspflicht und Umgang mit säumigen Versicherten – von besonderem Interesse. Ähnliche Regelungen wie in der Schweiz zur Überwachung der Einhaltung der Versicherungspflicht sind auch in Deutschland denkbar. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen allerdings, dass die strikten Regelungen zum Leistungsaufschub für säumige Zahler dem gesundheitspolitischen Ziel eines umfassenden Versicherungsschutzes für die gesamte Wohnbevölkerung zuwider laufen.

¹⁶ Vgl. Handelszeitung vom 27.02.2008: „Unbezahlte Krankenkassenprämien – Kantone suchen Kompromiss mit Versicherern“

4 Gesundheitspolitische Empfehlungen

In diesem abschließenden Teil der vorliegenden Expertise werden die Regelungen des GKV-WSG zur Umsetzung einer umfassenden Versicherungspflicht vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz bewertet und gesundheitspolitische Empfehlungen abgeleitet. Analysiert werden in diesem Zusammenhang Regelungen zur Überwachung der Versicherungspflicht, Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtversicherung, verbleibende Barrieren für den Zugang zu Krankenversicherungsschutz, Konsequenzen für säumige Versicherte und die Finanzierung der entstehenden Beitragsrückstände. Tabelle 6 vergleicht zunächst für die drei Länder zusammenfassend die Regelungen zu diesen fünf Bereichen, die für die erfolgreiche Umsetzung der Versicherungspflicht zentral sind.

Tabelle 6: Übersicht über zentrale Regelungen zur Umsetzung der Versicherungspflicht in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz

	Deutschland	Niederlande	Schweiz
Überwachung der Versicherungspflicht	Nein	Zunächst Nein Mittlerweile Ja	Ja
Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtversicherung	Nein	Zwangsversicherung Einbehaltung von Beitragszahlungen	Zwangsversicherung
Barrieren für den Zugang zu Krankenversicherungsschutz	Zahlung rückständiger Beiträge seit 1. April 2007 Wartezeiten und vergleichsweise hohe Beiträge in der PKV	Zahlung rückständiger Beiträge seit dem 1. Januar 2006 Hoher Anteil pauschaler Beitragselemente Zahlung steuerfinanzierter Beitragszuschüsse direkt an die Versicherten	Hoher Anteil pauschaler Beitragselemente Zahlung steuerfinanzierter Beitragszuschüsse teilweise direkt an die Versicherten
Konsequenzen für säumige Versicherte	Ruhen des Versicherungsverhältnisses Behandlung nur von Notfällen, akuten Schmerzzuständen, Schwangerschaft, Entbindung	Kündigung Aufnahmepflicht durch andere Versicherer	Leistungsaufschub Kein Leistungsanspruch während Zwangsvollstreckung Kein Wechsel zu anderem Versicherer
Finanzierung der Beitragsrückstände	Versichertengemeinschaft	Steuermittel	Versichertengemeinschaft und Steuermittel

Quelle: Eigene Zusammenstellung

4.1 Überwachung der Versicherungspflicht

Die Regelungen im GKV-WSG sehen keine Überwachung der Versicherungspflicht vor. Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, dass eine umfassende Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung auch ohne Kontrollmaßnahmen der Behörden erreicht werden

kann. Die Erfahrungen aus den Niederlanden und der Schweiz deuten jedoch darauf hin, dass die Erreichung dieses Ziels ohne Überwachung etwa durch die Kommunen nicht möglich sein wird. In der Schweiz hat der Gesetzgeber von vorneherein auf einer Überwachung der Versicherungspflicht bestanden. Die dort vorgesehenen Maßnahmen haben dazu geführt, dass zumindest aus einer formaljuristischen Perspektive das Phänomen Nichtversicherung unbekannt ist. In den Niederlanden werden erst in letzter Zeit nach einem deutlichen Anstieg der Nichtversicherung Maßnahmen ergriffen, um die Einhaltung der Versicherungspflicht zu überwachen.

Eine Überwachung der Versicherungspflicht – etwa durch einen Abgleich der kommunalen Melderegister und der Versichertenlisten von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen – ließe sich trotz der damit verbundenen Kosten auch in Deutschland rechtfertigen. Einerseits wird die Erreichung des gesundheits- und sozialpolitischen Ziels „umfassender Versicherungsschutz“ für die gesamte Wohnbevölkerung sichergestellt. Andererseits wird die Versichertengemeinschaft – sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung – vor Missbrauch geschützt. Es wird schlichtweg verhindert, dass Personen erst dann Versicherungsschutz suchen, wenn Behandlungsbedarf entsteht.

4.2 Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtversicherung

Die Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz zeigen auch, dass die Überwachung der Einhaltung der Versicherungspflicht alleine nicht ausreicht. Natürlich muss den Nichtversicherten zunächst die Möglichkeit gegeben werden, von sich aus ihrer Versicherungspflicht nachzukommen. Dies wird – wie die internationalen Erfahrungen ebenfalls zeigen – bei der weit überwiegenden Zahl der Personen auch der Regelfall sein. Geschieht dies nicht, muss den überwachenden Behörden – etwa den Kommunen – als ultima ratio jedoch die Option zur Verfügung stehen, die betreffenden Personen entweder in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung zwangsweise zu versichern. Auch durch diese Maßnahme würde die Effektivität der Versicherungspflicht deutlich verbessert und der Missbrauch zu Lasten der Versichertengemeinschaft verhindert werden.

4.3 Abbau von Barrieren für den Zugang zu Krankenversicherungsschutz

Unsere Analyse hat gezeigt, dass die Regelungen des GKV-WSG die Barrieren im Zugang zu Krankenversicherungsschutz deutlich abgebaut haben – aber noch eine Reihe von Barrieren verbleiben. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht eine zentrale Barriere in der

Pflicht zur Zahlung rückständiger Beiträge seit dem Beginn der Versicherungspflicht am 1. April 2007. Es ist davon auszugehen, dass die derzeit der GKV zuzurechnenden Nichtversicherten in zahlreichen Fällen diese rückständigen Beiträge nicht aufbringen können. Außerdem wird ein wesentliches Ziel dieser Maßnahme – die Nichtversicherten zu einem möglichst umgehenden Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung zu bewegen – durch die konsequente Überwachung der Versicherungspflicht erreicht. Für einen barrierefreien Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung wäre es daher notwendig, von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen auf die Einforderung dieser rückwirkend ab 1. April zu leistenden Beiträge zu verzichten. Hierzu reichen jedoch Appelle des Bundesministeriums für Gesundheit nicht aus. Es ist vielmehr eine Klarstellung des Gesetzgebers notwendig.

Wahrscheinlich deutlich weit reichender sind die weiter bestehenden Barrieren im Zugang zu privatem Krankenversicherungsschutz. Zwar hat der Gesetzgeber für den modifizierten Standardtarif – und ab 2009 im Basistarif – einen Höchstbeitrag festgesetzt, Risikozuschläge ausgeschlossen und den privaten Krankenversicherern Kontrahierungszwang auferlegt. Es ist jedoch abzusehen, dass erstens die Beitragshöhe – insbesondere für selbständige ältere Nichtversicherte – eine massive Zugangsbarriere darstellen wird. Zweitens werden die in der privaten Krankenversicherung üblichen Wartezeiten eine massive Zugangsbarriere für kranke Nichtversicherte darstellen. In diesem Zusammenhang ist der Gesetzgeber aufgefordert, den privaten Krankenversicherungen die Anwendung von Wartezeiten im Basistarif zu untersagen.

4.4 Konsequenzen für säumige Versicherte

Aus den Erfahrungen insbesondere der Niederlande wird deutlich, dass säumige Versicherte zum Schutz der Versichertengemeinschaft bei Zahlungsrückstand mit Konsequenzen rechnen müssen. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen jedoch, dass diese Konsequenzen wiederum das Ziel des umfassenden Versicherungsschutzes gefährden können. In diesem Zusammenhang sind die im GKV-WSG festgeschriebenen Konsequenzen für säumige Versicherte – Ruhen des Versicherungsverhältnisses bei gleichzeitiger Behandlung von Notfällen und akuten Schmerzzuständen – als sachgerechter Kompromiss anzusehen.

4.5 Finanzierung der Beitragsrückstände

Eingeschränkte Kündigungsmöglichkeiten säumiger Zahler zum Schutz von bestehenden Versicherungsverhältnissen werden auch zukünftig zu Beitragsrückständen führen – ab 2009 nach Einführung des Basistarifs auch bei den privaten Krankenversicherungen. Es stellt sich

die Frage, wer für die Finanzierung dieser Beitragsrückstände aufkommen soll. In der Schweiz und den Niederlanden geht die Tendenz dahin, dass die Beitragsrückstände aus Steuermitteln finanziert werden. Dies wird für Deutschland auch von den gesetzlichen Krankenkassen gefordert.

Eine Finanzierung aus Steuermitteln ließe sich damit rechtfertigen, dass die Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht ein vom Gesetzgeber verfolgtes gesamtgesellschaftliches Ziel ist. Es gibt allerdings auch zwei Gegenargumente. Erstens hätten die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer wenige Anreize zur Eintreibung von Beitragsrückständen, wenn sie der Erstattung der Rückstände aus Steuermitteln ohnehin sicher sein könnten. Zweitens sind zumindest die gesetzlichen Krankenkassen traditionell mit der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben und damit auch mit der Umsetzung gesamtgesellschaftlicher Ziele beauftragt. Insofern ist die Finanzierung der Beitragsrückstände durch die Versichertengemeinschaft zumutbar. Das gilt insbesondere, wenn der Missbrauch zu Lasten der Versichertengemeinschaft durch die strikte Überwachung der Versicherungspflicht ausgeschlossen wird. Da der Gesetzgeber durch die Einführung des Basistarifs auch in der privaten Krankenversicherung erstmals eigentlich systemfremde Umverteilungselemente installiert hat, ist auch der Versichertengemeinschaft in der PKV die Finanzierung der Beitragsrückstände im Basistarif zuzumuten.¹⁷

¹⁷ Über die Frage der verfassungsmäßigen Zulässigkeit systemfremder Elemente in der PKV durch das GKV-WSG wird das Bundesverfassungsgericht voraussichtlich Anfang 2009 entscheiden.

5 Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2008). Die Gesundheitsreform 2007 - Fundament der neuen Gesundheitsversicherung
http://www.bmg.bund.de/cln_110/nm_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar-Gesundheitsreform/Die-Gesundheitsreform-2007-Fundament-der-neuen-Gesundheitsversicherung.html, Bundesministerium für Gesundheit (Zugriff am 25. September 2008).
- GDK (2007). Wenn Krankenversicherer ihre Leistungen aufschieben: Wesen und Umfang der Problematik. Bern, Medienmitteilung der GDK - Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- Greß, S./M. Manouguian/J. Wasem (2006a). Krankenversicherungsreform in den Niederlanden. Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?, Diskussionsbeitrag Nr. 150, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.
- Greß, S./A. Walendzik/J. Wasem (2005a). Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme und Lösungsmöglichkeiten, Diskussionsbeitrag Nr. 147, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.
- (2005b). “Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem - Gesundheitspolitische Handlungsoptionen.” Die BKK **93**(12): 546-47.
- (2006b). “Hartz IV und die gesetzliche Krankenversicherung - Nichtversicherte als gesellschaftliches Problem.” Sozialer Fortschritt **55**(8): 186-92.
- (2006c). Persons without health insurance in Germany - Who are they and what can be done?, Presentation at the annual conference of the European Public Health Association (EUPHA) in Montreux (Switzerland), November 2006.
- Langer, B./A. B. Pfaff/J. Wasem/H. Rothgang/S. Greß (2005). Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalensystems in der Schweiz. Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie - Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. S. Greß, A. B. Pfaff, G. G. Wagner. Düsseldorf, Edition der Hans-Böckler-Stiftung. Band 134: 187-208.
- Maarse, H. (2006). “Health Insurance Reform 2006.” Health Policy Monitor, March 2006: Available at <http://www.hpm.org/survey/nl/a7/1>.
- Malteser Migranten Medizin (2008). In Würde leben. Jahresbericht Malteser Migranten Medizin Köln 2008. Köln, Malteser Hilfsdienst e. V.
- santesuisse (2007). Revision von Art. 64a KVG – Aufschiebung der Kostenübernahme für Leistungen, Positionspapier vom 24.04.2007.

Schulte, R. (2008). "Pressestatement anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 18. Juni 2008 in Berlin".

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2008). Beitragsrückstände bei Rückkehrern alarmieren Krankenkassen - Rückkehrmöglichkeiten nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft ausnutzen. Siegburg, Pressemitteilung vom 25.06.2008.

Statistics Netherlands (2008). Many more defaulters, slightly fewer uninsured in 2007, Statistics Netherlands Press release PB08-033.

Statistisches Bundesamt (2008). 1. Quartal 2007: Mehr als 200 000 Menschen waren nicht krankenversichert. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 045 vom 07.02.2008.

van de Ven, W. P. M. M./F. T. Schut (2008). "Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States?" Health Affairs 27(3): 771-81.

van Ginneken, E. (2006). "Health Insurance Reform in the Netherlands." Health Policy Monitor, March 2006: Available at <http://www.hpm.org/survey/de/a6/1>.

Verband der privaten Krankenversicherung (2007a). Der Standardtarif. Köln/Berlin, Verband der privaten Krankenversicherung.

--- (2007b). Nichtversicherte: Erleichterte Aufnahme noch bis Ende des Jahres. Köln/Berlin, Presserklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 17. Dezember 2007.

--- (2007c). PKV kommt Nichtversicherten entgegen. Köln/Berlin, Presserklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 14. August 2007.

--- (2008). Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Standardtarif im Sinne des § 257 Abs. 2 a SGB V sowie des § 315 SGB V. Stand 1. Januar 2008. Köln/Berlin, Verband der privaten Krankenversicherung.

Walendzik, A./S. Greß/J. Wasem (2006). Persons without Health Insurance in Germany: Status Quo and Policy Options, Presentation at the 6th European Conference on Health Economics in Budapest, Hungary, July 6-9, 2006.

Wasem, J./S. Greß/K. G. H. Okma (2004). The role of private health insurance in social health insurance countries. Social health insurance in Western Europe. R. Saltman, R. Busse, J. Figueras. London, Open University Press: 227-47.