

Bund der Versicherten e. V., 22761 Hamburg

Per Email: finanzausschuss@landtag.ltsh.de

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Finanzausschuss
Landeshaus
Postfach 7121
24171 Kiel

01.03.2019

**Stellungnahme des Bund der Versicherten e.V. (BdV)
zum Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer pauschalen Beihilfe für
gesetzlich krankenversicherte Beamtinnen und Beamte
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache 19/1138 (neu)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als gemeinnützige Verbraucherschutzorganisation auf dem Gebiet der privaten Versicherungen mit ca. 50.000 Mitgliedern bearbeiten wir schwerpunktmäßig auch sämtliche privatversicherungsrechtlichen und verbraucherpolitischen Fragestellungen zur privaten Krankenversicherung (PKV). Deshalb möchten wir die Beratung des genannten Gesetzentwurfs im Schleswig-Holsteinischen Landtag zum Anlass nehmen, zu diesem Entwurf Stellung zu nehmen.

Mit diesem Gesetzentwurf soll das Landesbeamtengesetz (LBG) dahingehend geändert werden, dass eine zusätzliche Form der Gewährung der Beihilfe durch eine Pauschale zur Deckung der Kosten einer Krankenvollversicherung geschaffen wird. Beihilfeberechtigten soll – insbesondere am Anfang ihrer Laufbahn – ermöglicht werden, zwischen dem System der ergänzenden individuellen Beihilfe und dem der pauschalen Beihilfe wählen zu können.

1 Vorbemerkung und grundsätzliche Ausführungen

Wir gehen in unserer Stellungnahme zunächst auf die Problemstellungen des konkreten Gesetzesentwurfs ein und zeigen Änderungsbedarfe aus Verbraucherschutzsicht auf. Daran anknüpfend machen wir konkrete Vorschläge für erforderliche Änderungen und Ergänzungen, um Schlechterstellungen und Unsicherheiten im Sinne der Versicherten zu korrigieren.

Anschließend weisen wir auf „Kostenrisiken“ für die GKV-Versichertengemeinschaft hin und bewerten den Gesetzentwurf unter vollständiger Berücksichtigung der von uns aufgezeigten Problemstellungen.

Das Leistungsgefüge bzw. Leistungsstandards in der vergleichenden Gegenüberstellung von GKV und PKV ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Sollten Sie hierzu eine Ausarbeitung wünschen, bitten wir um einen kurzen Hinweis.

Mögliche Vorteile einer GKV-Versicherung für Beihilfeberechtigte

Es sind Konstellationen denkbar und möglich, die im Falle einer GKV-Versicherung (unter Anwendung einer pauschalen Beihilfe) die Beitragsbelastung für Beihilfeberechtigte reduzieren. Dies werden wir in Abschnitt 1.1 ausführen.

Auch der vereinfachte Leistungsbezug in der GKV ist ein gewichtiges Argument, da es vor allem bei Älteren und schwer Erkrankten zu sehr belastenden Problemen bei der Kostenerstattung durch die PKV-Unternehmen kommen kann. Vor allem hinsichtlich der Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit und bei Auseinandersetzungen über Übermaßbehandlungen kann es zu Streitigkeiten bei der Kostenerstattung kommen, die entweder über den PKV-Ombudsmann oder auch gerichtlich geklärt werden müssen. Solche Problemstellungen sind beim Sachleistungsprinzip der GKV weniger ein Problem.

Mögliche Nachteile einer pauschalen Beihilfe

Neben vorteilhaften Konstellationen sind auch solche Konstellationen denkbar und möglich, die bei Anwendung der pauschalen Beihilfe die Beitragsbelastung für Beihilfeberechtigte deutlich verstärken.

So werden in einer ehelichen Gemeinschaft zur GKV-Beitragsberechnung nicht nur die Einkünfte (z. B. die Besoldung) der beihilfeberechtigten Person (inkl. Kapitaleinkünften und Einkünften aus Vermietung und Verpachtung), sondern u. U. auch die Einkünfte von PKV-Versicherten Ehepartnern herangezogen. Diese Problematik haben wir in den Abschnitten 3.1. und 3.2 thematisiert.

Grundlegende Defizite des Gesetzentwurfs: Ungleichbehandlung und Schlechterstellung bei Nutzung der pauschalen Beihilfe

Der Gesetzentwurf sieht **nicht** vor, die pauschale Beihilfe auch für verpflichtende Pflegeversicherungen zu erbringen. Damit müssten Beihilfeberechtigte – sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte – bei Nutzung der pauschalen Beihilfe die Beitragslast für die verpflichtende Pflegeversicherung ohne Unterstützung des Dienstherrn alleine tragen. Sowohl gegenüber anderen Beihilfeberechtigten (die die individuelle Beihilfe nutzen) als auch gegenüber sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist dies eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung (siehe hierzu Abschnitt 2.3).

Eine deutliche Ungleichbehandlung sieht der Gesetzentwurf für die pauschale Beihilfe auch bei Ruhestandsbeamten vor: Während bei der individuellen Beihilfe der Beihilfesatz 70 Prozent (in Schleswig-Holstein) beträgt, bleibt es bei der pauschalen Beihilfe auch im Ruhestand bei 50 Prozent – sowohl bei GKV- als auch bei PKV-Versicherten. Auch diese Begrenzung der pauschalen Beihilfe auf die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags ist bei Ruhestandsbeamten eine deutliche Schlechterstellung gegenüber solchen Beihilfeberechtigten, die die individuelle Beihilfe nutzen.

1.1 Beitragsbelastungen für Krankenversicherte: Vergleich GKV-PKV

Das Beihilfesystem kann unter Berücksichtigung der PKV-Beiträge für eine Vielzahl von Besoldungsgruppen und Familienkonstellationen eine wirtschaftlich problematische Belastung darstellen. Durch die Option einer GKV-Versicherung mit pauschaler Beihilfe ließe sich eine spürbare Entlastung der betroffenen Beamtinnen und Beamten ermöglichen.

Die Beitragssysteme in GKV und PKV

Im Folgenden werden wir anhand exemplarischer Fallkonstellationen aufzeigen, welche Beitragsbelastungen sich für die Betroffenen ergeben.

Der GKV-Beitrag wird einkommensabhängig erhoben – aus Vereinfachungsgründen gehen wir in diesem Abschnitt davon aus, dass lediglich die Besoldung zu verbeitragen ist.

In 2019 liegt der GKV-Beitrag (inkl. durchschnittlichem Zusatzbeitrag) bei 15,50 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung für GKV-Versicherte liegt in 2019 bei 3,30 Prozent (für Kinderlose).

Die Beitragslast der beihilfeberechtigten GKV-Versicherten liegt dann – unter Berücksichtigung der im Gesetzentwurf formulierten pauschalen Beihilfe – bei 11,05 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens¹.

Der PKV-Beitrag (inkl. dem Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung für PKV-Versicherte) wird vom Versicherer abhängig vom Lebensalter und Gesundheitszustand der versicherten Person individuell (und damit für jede versicherte Person gesondert) kalkuliert.

Wann kann die GKV günstiger sein?

Ausgehend von

- 1 einem PKV-Tarif der sich weitgehend am GKV-Leistungsumfang orientiert und für eine beihilfeberechtigte Person ohne wesentliche Vorerkrankungen (und damit ohne Risikozuschlag) ausgewiesen wird sowie
- 2 einem fiktiven (aber realistischen) Höchstbeitrag, der – ebenfalls bei einer weitgehenden Orientierung am GKV-Leistungsniveau – dem Höchstbeitrag eines beihilfefähigen Basistarifs (mit 50%iger Restkostenerstattung) bzw. einem Tarif mit maximalem (d. h. 30%igen) Risikozuschlag im Rahmen der PKV-Öffnungsaktion entspricht

ergeben sich folgende alters- und gesundheitsabhängige Beitragsspannen (gerundet – exemplarisch für zwei Altersgruppen).

Diese werden in Relation zur Besoldungsstufe gesetzt (nach Besoldungstabelle 2018), die mindestens unterschritten werden muss, damit eine GKV-Versicherung mit pauschaler

¹ Diese Beitragslast berücksichtigt, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf die Beihilfeberechtigten keine pauschale Beihilfe zur Pflegepflichtversicherung erhalten sollen (siehe hierzu auch Abschnitt 2.3).

Beihilfe weniger beitragsbelastend ist als eine PKV-Restkostenversicherung unter Nutzung der individuellen Beihilfe.

Ergänzend wird der Gesamtbeitrag aufgeführt, der einschließlich berücksichtigungsfähiger Ehepartner (ohne Einkommen bzw. geringfügig beschäftigt) aufzuwenden ist.

Beihilfeberechtigte Person mit 25 Lebensjahren (unverheiratet)

Monatliche Beitragslast (jeweils inkl. Pflegepflichtversicherung)	
PKV-Beitrag	GKV-Beitrag bei Besoldungsstufe X
210-275 Euro	273 Euro (X = A 8, Stufe 3)

Bei beitragspflichtigen Einkünften, die eine Besoldung in Höhe von A 8 (Stufe 3) nicht überschreiten, kann für Unverheiratete in dieser Altersgruppe eine GKV-Versicherung mit pauschaler Beihilfe günstiger sein.

Beihilfeberechtigte Person mit 25 Lebensjahren (verheiratet)

Monatliche Beitragslast (jeweils inkl. Pflegepflichtversicherung)	
PKV-Beitrag	GKV-Beitrag bei Besoldungsstufe X
330-435 Euro	430 Euro (X = A 13, Stufe 4)

Bei beitragspflichtigen Einkünften, die eine Besoldung in Höhe von A 13 (Stufe 4) nicht überschreiten, kann für Verheiratete in dieser Altersgruppe eine GKV-Versicherung mit pauschaler Beihilfe günstiger sein.

Beihilfeberechtigte Person mit 45 Lebensjahren (unverheiratet)

Monatliche Beitragslast (jeweils inkl. Pflegepflichtversicherung)	
PKV-Beitrag	GKV-Beitrag bei Besoldungsstufe X
270-350 Euro	344 Euro (X = A 11, Stufe 3)

Bei beitragspflichtigen Einkünften, die eine Besoldung in Höhe von A 11 (Stufe 3) nicht überschreiten, kann für Unverheiratete in dieser Altersgruppe eine GKV-Versicherung mit pauschaler Beihilfe günstiger sein.

Beihilfeberechtigte Person mit 45 Lebensjahren (verheiratet)

Monatliche Beitragslast (jeweils inkl. Pflegepflichtversicherung)	
PKV-Beitrag	GKV-Höchstbeitrag
470-610 Euro	502 Euro bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2019: 4537,50 Euro).

Für Verheiratete in dieser Altersgruppe kann eine GKV-Versicherung mit pauschaler Beihilfe für alle Besoldungsgruppen günstiger sein.

Es handelt sich hier um eine beispielhafte Darstellung von Besoldungs- und Ehekonstellationen. Wenn beihilfeberechtigte Kinder vorhanden sind, ergeben sich für Versicherte andere Belastungsszenarien. Außerdem kann eine freiwillige GKV-Versicherung für Beihilfeberechtigung hinsichtlich der Beitragsbelastung auch nachteilig sein – dies haben wir in den Abschnitten 3.1 und 3.2 näher ausgeführt.

2 Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf

Im Folgenden werden wir Änderungen vorschlagen, die wir für unerlässlich halten, um das Regelungsziel des Gesetzentwurfs realisieren zu können.

2.1 Zu § 80 a Abs.1 S. 1: Pauschale Beihilfe – Verzicht auf ergänzende Beihilfe

Beamtinnen und Beamte haben aus dem verfassungsrechtlich abgeleiteten Alimentationsprinzip auch bei einer wie im Gesetzentwurf vorgesehenen „pauschalen Beihilfe“ einen Rechtsanspruch auf solche Leistungen, die nach dem GKV-Leistungskatalog nicht erstattet werden (in Schleswig-Holstein sind das z. B. Heilpraktikerleistungen). Die Formulierung „Verzicht auf ergänzende Beihilfe“ ist dahingehend irreführend, als dass sie den Schluss zulässt, der Rechtsanspruch auf diese Leistungen soll durch den Gesetzentwurf abgeschafft werden. Hier empfehlen wir eine Klarstellung im Begründungstext, dass mit dem Gesetzentwurf das Alimentationsprinzip keine Einschränkung erfährt.

2.2 Zu § 80 a Abs.1 S. 1 i. V. M. Abs. 2 S.1 LBG-E: Pauschale Beihilfe – Krankenversicherung

Auf Antrag eines Beihilfeberechtigten wird statt der individuellen Beihilfe zu den Aufwendungen eine Pauschale („pauschale Beihilfe“) gewährt, wenn Beihilfeberechtigte freiwillig in der GKV oder in entsprechendem Umfang in einer PKV versichert sind und ihren Verzicht auf ergänzende Beihilfen erklären. Diese Pauschale bemisst sich nach der Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags zur GKV, bei der PKV jedoch höchstens nach der hälftigen Prämie einer Krankenversicherung im Basistarif. Sie wird zusammen mit den Bezügen monatlich ausgezahlt.

Diese geplante Neuregelung für Beihilfeberechtigte entspricht grundsätzlich der Regelung hinsichtlich des Arbeitgeberzuschusses für sozialversicherungspflichtige Beschäftigte und der paritätischen Beteiligung des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn an den Beiträgen zur Krankenversicherung. Sie ist insoweit sach- und verbrauchergerecht, dass dadurch Beihilfeberechtigte gleichwertige Auswahloptionen hinsichtlich GKV und PKV hätten, da sie nicht mehr im Fall einer Mitgliedschaft in der GKV den Beitrag zu 100 Prozent selbst tragen müssten. Bisher entscheiden sich die meistens Beihilfeberechtigten auch deshalb für eine private Restkostenkrankenversicherung, weil nur dann tatsächlich ihr Beihilfeanspruch zum Tragen kommt.

Allerdings bleibt ein belastungsrelevanter Umstand in diesem Gesetzentwurf gänzlich unberücksichtigt. Der Basistarif ist in seiner absoluten Höhe auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt (2019: 703,32 Euro). Er kann aber auch günstiger sein, da – wie oben ausgeführt – der PKV-Beitrag vom Versicherer abhängig vom Lebensalter und Gesundheitszustand der versicherten Person individuell (und damit für jede versicherte Person gesondert) kalkuliert wird.

Offenkundig soll die pauschale Beihilfe sich nicht nur nach der hälftigen Prämie einer Krankenversicherung im Basistarif, sondern auch und vor allem nach der Prämie des **Höchstbeitrages** im Basistarif bemessen (2019: 50 Prozent von 703,32 Euro = 351,66 Euro). Der Antragstext sollte diesbezüglich geändert werden.

2.3 Klarstellung der GKV-Versicherungsmöglichkeit für Neu-Beihilfeberechtigte

Die Wahlmöglichkeit der pauschalen Beihilfe soll insbesondere für alle Beihilfeberechtigten eine Option darstellen, die in den öffentlichen Dienst neu eingestellt werden und die vorher der Versicherungspflicht gemäß § 5 SGB V in der GKV unterlagen. Nach der Gesetzesbegründung besteht für diese Personen

„nach § 9 SGB V innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Einstellung die Möglichkeit, sich für eine freiwillige Weiterversicherung in der GKV zu entscheiden, sofern die in § 9 SGB V geregelten Vorversicherungszeiten erfüllt sind“

(Gesetzesbegründung Seite 3 vorletzter Absatz S.3).

Zutreffend ist die einzuhaltende Frist von drei Monaten gemäß § 9 Abs. 2 SGB V für das Optieren in die freiwillige Weiterversicherung in der GKV.

Hinsichtlich der Erfüllung der Vorversicherungszeiten müssen wir anmerken: Häufig ist davon auszugehen, dass neu verbeamtete Beihilfeberechtigte davor sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und auch der Versicherungspflicht unterlagen oder familienversichert waren. Insofern käme dann § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V zur Anwendung. Hiernach können z. B. Personen, der GKV beitreten,

*... „die als Mitglieder aus der **Versicherungspflicht** ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate*

oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren;“...

Mittlerweile ist diese Norm aber irreführend – insbesondere für Versicherte, weil zum 1. August 2013 die Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V neu eingeführt worden ist. Denn danach setzt sich die Versicherung für alle Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. **§ 9 Abs. 1 Nr. 1, 2 haben daher keinen praktischen Anwendungsbereich mehr²**. Soweit daher eine freiwillige Versicherung unmittelbar an eine vorher bestehende Pflicht- oder Familienversicherung anschließt, wird § 9 SGB V durch § 188 Abs. 4 SGB V als **lex specialis** verdrängt³.

Auch hat die mit der Regelung des § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V eingeführte obligatorische freiwillige Mitgliedschaft den Zweck, die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auszuschließen. Weil mit der freiwilligen Mitgliedschaft Leistungsansprüche bei Krankheit verbunden sind, führt diese nahtlose freiwillige Mitgliedschaft dazu, dass der Tatbestand der Auffang-Versicherungspflicht nicht eintritt. Dadurch wird zugleich auch der gesetzliche Vorrang der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 vor der freiwilligen Versicherung nach § 191 Nr. 2 SGB V vermieden.

Wir regen daher an, die Regelung des § 9 SGB Nr.1 und 2 SGB V mit der des § 188 Abs. 4 SGB V zusammenzuführen und einen entsprechenden Gesetzentwurf über eine Bundesratsinitiative einzubringen.

2.3 Zu § 80 a Abs.1 S. 2 i. V. M. Abs. 2 S.1 LBG-E: Pauschale Beihilfe – Pflegeversicherung

Nach Abs. 1 Satz 2 werden Aufwendungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen (SPV) oder privaten Pflegeversicherung (PPV) besteht, von der Pauschale **nicht** umfasst.

² BeckOK SozR/Ulmer, 51. Ed. 1.12.2018, SGB V § 9 vor Rn. 1

³ Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann/Berchtold, 5. Aufl. 2017, SGB V § 9 Rn. 2a

Dies bedeutet für alle Beihilfeberechtigten (sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte), die die pauschale Beihilfe nutzen, eine massive Belastung und Schlechterstellung, da sie die volle Beitragslast für die Pflegepflichtversicherung tragen müssen. Der Höchstbeitrag liegt in 2019 bei 149,74 Euro.

Bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beteiligen sich an den Beiträgen zur SPV oder PPV Arbeitnehmer und Arbeitgeber solidarisch jeweils zur Hälfte, unabhängig davon, ob ein Krankenversicherungsschutz in der GKV oder PKV besteht.

Mit der geplanten Einführung einer pauschalen Beihilfe für die Krankenversicherung werden Beihilfeberechtigte in der Krankenversicherung insoweit abhängig Beschäftigten gleichgestellt. Folgerichtig und sachgerecht wäre es somit, dass sich die pauschale Beihilfe auch auf die Pflegeversicherung erstreckt. Denn nur so wird ein Gleichauf erreicht. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Pflegeversicherung anscheinend ausgespart wird und somit Beihilfeberechtigte vollständig die Beiträge zur Pflegeversicherung selbst tragen müssten. Eine solche Regelung dürfte gegen das grundgesetzliche Gleichbehandlungsgebot aus Art. 3 GG verstoßen, da eine sachliche Rechtfertigung nicht ersichtlich ist.

Daher ist es sachgerecht und entspricht der generell paritätischen Finanzierung des Krankenversicherungssystems, auch Aufwendungen für die Pflegeversicherung von der Pauschale zu umfassen.

Dahingehend fordern wir dringend, die geplante gesetzliche Neuregelung zur pauschalen Beihilfe auch auf die Aufwendungen Beihilfeberechtigter zur verpflichtenden Pflegeversicherung zu erstrecken.

2.4 Zu § 80 a Abs.1 S. 3 i. V. M. Abs. 2 S.1 LBG-E: Pauschale Beihilfe – Unwiderruflichkeit

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe zur Krankenversicherung ist für Beihilfeberechtigte freiwillig und unwiderruflich.

2.4.1 Beratungspflicht des Dienstherrn

Beihilfeberechtigte haben – insbesondere am Anfang ihrer Laufbahn – die Wahl, sich zwischen der pauschalen Beihilfe und dem weiterbestehenden System ergänzender, indivi-

duell berechneter Beihilfen nach § 80 LBG zu entscheiden und diese mit einer ergänzenden Restkostenversicherung in der PKV zu verbinden. Ebenso wird die Pauschale auf Antrag und bei Verzicht auf ergänzende Beihilfen allen Beihilfeberechtigten gewährt, die freiwillig in der GKV versichert sind und den Krankenkassenbeitrag bisher in voller Höhe selber tragen müssen. Auch alle privatversicherten Beihilfeberechtigten haben diese Möglichkeit, sofern sie die Pauschale für eine entsprechende private Krankenvollversicherung nutzen und gleichzeitig auf zusätzliche individuelle Beihilfen verzichten.

Die Unwiderruflichkeit und der damit verbundene Verzicht auf ergänzende Beihilfe sind generell sachgerecht. Jedoch muss zuerst diese Voraussetzung durch den Dienstherrn erfüllt werden:

Damit der Beihilfeberechtigte eine solche lebenslange Entscheidung fundiert treffen kann, ist eine ausreichende Aufklärung, Beratung und Information der Beihilfeberechtigten durch den Dienstherrn über die Folgen einer solchen Entscheidung erforderlich. Denn nur wenn die Beihilfeberechtigten diese Informationen erhalten, ist eine informierte Entscheidung möglich.

Als Maßstab für die Beratung der Beihilfeberechtigten durch den Dienstherrn kann hier der Rechtsgedanke aus § 6 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) herangezogen werden. Demnach hat der Dienstherr die Beihilfeberechtigten **vor** deren Entscheidung, aufgrund der Schwierigkeit dieser Wahlentscheidung über die Vor- und Nachteile der beiden möglichen Beihilfesysteme und deren rechtlichen und wirtschaftlichen Folgen ausreichend zu beraten. Dabei hat er auch nach Wünschen und Bedürfnissen zu fragen. Dies ist unter Berücksichtigung der Komplexität dieser Thematik zu dokumentieren. Eine solche Beratungspflicht des Dienstherrn ist gesetzlich zu verankern.

2.4.2 Unwiderruflichkeit der Wahlentscheidung

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich, so lautet Abs. 1 Satz 3. Diese Unwiderruflichkeit beschränkt sich auf Landesbeihilfeberechtigte des Bundeslandes Schleswig-Holstein. Denn wechselt ein Beihilfeberechtigter zu einem anderen Dienstherrn in ein anderes Bundesland gilt das dortige Beihilferecht. D. h. der wechselnde Beihilfeberechtigte hat wieder einen neuen individuellen Beihilfeanspruch.

Da sich weder im Gesetzesentwurf noch in dessen Begründung Ausführungen hierzu finden, ist dies direkt in den Gesetzentwurfstext in Abs. 3 neu aufzunehmen und klarzustellen, damit Beihilfeberechtigte diesen wichtigen Umstand in ihre Entscheidungsfindung einfließen lassen können. Zudem hat der Dienstherr hierüber zu informieren und aufzuklären. Eine solche Aufklärungspflicht ist ebenfalls gesetzlich festzulegen.

3 Weitere Änderungsvorschläge

Über unsere Ausführungen zum konkreten Gesetzesentwurf hinaus regen wir zusätzlich an, folgende Änderungsvorschläge über eine Bundesratsinitiative bundesgesetzlich zu regeln, weil es sich um dringend notwendige SGB V-Änderungen handelt. Ohne diese von uns vorgeschlagenen SGB V-Änderungen wäre die Einführung einer pauschalen Beihilfe widersinnig.

Bisher können sich Beihilfeberechtigte „nur“ freiwillig in der GKV versichern und werden quasi wie Selbständige behandelt. Sie tragen in der Regel den Beitrag zur GKV zu 100 Prozent mangels Zuschuss vom Dienstherrn. Abweichend ist dies bisher lediglich in der Freien und Hansestadt Hamburg geregelt, wo Beihilfeberechtigte seit 1. August 2018 auch die Möglichkeit der Wahl einer pauschalen statt der individuellen Beihilfe haben, wie es jetzt auch dieser Gesetzentwurf für das Land Schleswig-Holstein vorsieht.

Viele Beihilfeberechtigte erhalten Bezüge unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), auch „Versicherungspflichtgrenze“ genannt, die 60.750 Euro in 2019 beträgt. Dennoch kann sich jeder Beihilfeberechtigte nach dem Gesetzentwurf – unabhängig von seinem Einkommen – privat krankenversichern, um die pauschale Beihilfe zu nutzen.

Diese Möglichkeit, unabhängig von der Höhe der Bezüge eine PKV-Vollversicherung wählen zu können, ist nicht zu empfehlen. Dies würde einem Verstoß gegen das Alimentationsprinzip gleichkommen, da die langfristigen und einkommensunabhängigen Beitragssteigerungen in der PKV zu einem Bezahlbarkeitsproblem im Ruhestand führen, wenn die Einkünfte stagnieren oder auf ein niedrigeres Niveau absinken. Allenthalben für einen Personenkreis kann diese Möglichkeit sinnvoll sein: Versicherte mit Vorversicherungszeiten in einer PKV-Vollversicherung, die dann befristet Beihilfe erhalten und im Anschluss dann wieder in eine PKV-Vollversicherung wechseln müssen. Dieser Personenkreis ist allerdings sehr eingegrenzt (z. B. Ministerpräsident*innen, Minister*innen oder Staatssekretär*innen).

3.1 Probleme bei freiwillig GKV-versicherten Beihilfeberechtigten

Es besteht ein Verbeitragungsproblem, das bei freiwillig GKV-versicherten Beihilfeberechtigten zu nur schwer vorhersehbaren Belastungen führen kann.

Bei freiwillig GKV-Versicherten wird – über die eigenen Einkünfte hinaus – auch das Einkommen von privat krankenversicherten Ehepartnern (zur Hälfte) herangezogen, wenn die monatlichen Einnahmen des freiwillig GKV-Versicherten die Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze unterschreitet und die monatlichen Einnahmen niedriger sind, als die monatlichen Einnahmen des privatversicherten Ehepartners.

Fallbeispiel:

Ein Beihilfeberechtigter bezieht (unter Nutzung der pauschalen Beihilfe) eine Besoldung in Höhe von 2250 Euro (entspricht z. B. A 6, Stufe 2). Die beihilfeberechtigte Ehepartnerin (unter Nutzung der individuellen Beihilfe und damit PKV-versichert) bezieht eine Besoldung in Höhe von 3380 Euro (z. B. A 11, Stufe 5). Das gesamte Haushaltseinkommen würde (anteilig) verbeitragt. Damit ergibt sich für den Beihilfeberechtigten in diesem Beispiel (inkl. sozialer Pflegeversicherung) abzüglich der pauschalen Beihilfe eine Beitragsbelastung in Höhe von 435 Euro im Monat (was sogar den Arbeitnehmeranteil vom GKV-Höchstbeitrag überschreitet) – und dies vor dem Hintergrund, dass ihr Ehepartner bereits krankenversichert ist und auch seinen Versicherungsbeitrag (für die PKV) zu zahlen hat.

Solche Konstellationen sind möglich und wahrscheinlich – und v. a. nur eingeschränkt vorhersehbar, weil sie sich oftmals dann ergeben, wenn ein*e Ehepartner*in in einen Teilzeitdienst wechselt (und die Besoldung entsprechend reduziert wird).

Wir regen dringend an, auch für Beihilfeberechtigte die JAEG einzuführen mit Folge, dass alle Beihilfeberechtigten, deren Bezüge diese Grenze unterschreiten und die die pauschale Beihilfe nutzen, versicherungspflichtig in der GKV wären. Nur bei Besoldungsbezügen über dieser Grenze könnten Nutzer*innen der pauschalen Beihilfe sich dann entweder freiwillig in der GKV weiterversichern oder in die PKV wechseln.

Damit lassen sich Verbeitragungsprobleme vermeiden, die bei freiwillig GKV-versicherten Beihilfeberechtigten entstehen können – v. a. solche, die durch Teilzeitdienstverhältnisse ausgelöst werden.

3.2 KVdR auch für Beihilfeberechtigte

Beihilfeberechtigte, die freiwillig in der GKV versichert sind, haben oftmals das Problem, dass sie im Rentenalter nicht in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) aufgenommen werden und somit nicht pflichtversichert werden, sondern sich weiterhin freiwillig in der GKV versichern müssen. Das gilt selbst häufig dann, wenn sie die 9/10-Regelung i. S. d. § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V erfüllen und somit seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft (aufgrund einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung) oder eine Familienversicherung in der GKV bestand. Denn um in die KVdR zu gelangen, muss ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Rente bestehen⁴.

Die finanzielle Belastung mit Krankenkassenbeiträgen ist für freiwillig Versicherte in der GKV auch im Rentenalter meistens deutlich höher als für Pflichtversicherte in der KVdR. Denn neben der gesetzlichen Rente (falls vorhanden) und einer etwaigen Betriebsrente – wie bei Pflichtversicherten – werden bei freiwillig Versicherten zusätzlich auch Einkünfte

- aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalerträgen und dergleichen wie z. B. Auszahlungen aus kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherungen, also auch einmalige Kapitalleistungen, in vollem Umfang zur Verbeitragung bis zur Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 54.450 Euro berücksichtigt.
- Auch hier wird – wie im vorherigen Abschnitt ausgeführt – das Einkommen des privat versicherten Ehepartners (zur Hälfte) herangezogen, wenn die monatlichen Einnahmen des freiwillig Versicherten die Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze unterschreitet und die monatlichen Einnahmen niedriger sind, als die monatlichen Einnahmen des privatversicherten Ehepartners.

Vor allem Ruhestandsbeamte sind mehrheitlich von einem solchen Bezahlbarkeitsproblem betroffen, weil sie keinen Anspruch auf gesetzliche Rentenleistungen erworben haben.

Wir schlagen daher vor, – für diese und vergleichbare Personengruppen – über eine Bundesratsinitiative das SGB V dahingehend in § 5 zu erweitern, dass auch diese einen Anspruch auf Aufnahme in die KVdR haben, wenn sie keine gesetzliche Rente beziehen (sondern z. B. Pensionen).

⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Alterssicherungsbericht 2016, 4.5.2 Beamte, Seite 107: 2/3 aller Pensionär*innen erhalten keine gesetzlichen Rentenleistungen.

Als Bemessungsgrundlage für die Beitragsberechnung von Beihilfeberechtigten in der KVdR kann hier anstelle der gesetzlichen Rente die Pension herangezogen werden. Damit lassen sich

1. auch hier Verbeitragungsprobleme vermeiden, die bei freiwillig GKV-versicherten Beihilfeberechtigten entstehen können – sowie
2. zumindest Bezahlbarkeitsrisiken bei PKV-Vollversicherten im Ruhestand reduzieren (siehe hierzu auch den folgenden Abschnitt).

3.3 Anwartschaftsversicherungsmöglichkeit für Empfänger freier Heilfürsorge

In vielen Bundesländern haben bestimmte verbeamtete Personengruppen, deren Tätigkeit besonders risikoreich und gefährlich ist – wie insbesondere die von Polizeivollzugsbeamt*innen, Feuerwehrleuten oder Justizvollzugsbediensteten – einen Anspruch auf Heilfürsorge während ihrer aktiven Dienstzeit. Dieser erlischt nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst. Ab dem Beginn der Pensionierung besteht dann ein Anspruch auf Beihilfe, i. d. R auf die ergänzende individuelle Beihilfe.

In dieser Konstellation ist es dringend zu empfehlen, dass diese verbeamteten Personengruppen mit Beginn ihres Heilfürsorgeanspruches eine (große) Anwartschaftsversicherung auf die später benötigten privaten Restkostenversicherungstarife abschließen. Denn nur so wird sichergestellt, dass sie nach Ende ihrer aktiven Dienstzeit die Anwartschaftsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine aktive private Krankenversicherung umstellen können. Ohne Anwartschaft bliebe für sie in der Regel nur noch die Aufnahme in den (vergleichsweise „teuren“) Basistarif für Beihilfeberechtigte.

Diese verbeamtete Personengruppe hat grundsätzlich nicht die Möglichkeit, nach ihrem aktiven Dienst in die GKV zu wechseln. Jedoch gibt es auch in der GKV die Möglichkeit, eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Ein solcher Abschluss ist allerdings nur möglich, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen und der Anspruch auf Leistungen in der GKV deshalb ruht. Dazu gehört z. B. ein Auslandsaufenthalt (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Genauso wie Soldat*innen haben ebenso Versicherte, die einen Anspruch auf Heilfürsorge haben, die Möglichkeit eine Anwartschaftsversicherung für die Dauer ihrer aktiven Dienstzeit abzuschließen (§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Voraussetzung des Ruhens ist, dass etwa

als Beamter oder Soldat bereits ein (vorrangiger) Anspruch auf freie Heilfürsorge besteht⁵. Besteht eine Anwartschaftsversicherung in der GKV, wird diese nach Ende der Dienstzeit in eine aktive gesetzliche Krankenversicherung umgewandelt. In der Regel dürfte auch die 9/10-Regelung erfüllt werden, aber mangels Anspruchs auf eine gesetzliche Rentenleistung dennoch die Aufnahme in die KVdR scheitern. Um dieses Problem zu lösen und den Zugang zur KVdR zu ermöglichen, schlagen wir auch hier vor, als Bemessungsgrundlage für die Beitragsberechnung bei dieser verbeamteten Personengruppe anstelle der gesetzlichen Rente die Pension heranzuziehen.

Die Möglichkeit einer Anwartschaftsversicherung in der GKV ist dem betroffenen Personenkreis aber weitgehend unbekannt. Denn in der Praxis schließen diese Personengruppen meistens eine Anwartschaftsversicherung bei einer PKV ab. Daher ist für den jeweiligen Dienstherrn vor Eintritt in das Dienstverhältnis eine Aufklärungs- und Beratungspflicht einzuführen, die wir anregen, gesetzlich zu verankern. Zusätzlich ist eine solche Beratungspflicht auch für die gesetzlichen Krankenkassen in das SGB V einzuführen, wenn diese erfahren, dass eine bei Ihnen versicherte Person die Kasse deshalb verlässt, weil sie einen Anspruch auf Heilfürsorge erhält.

Eine Anwartschaftsversicherung in der GKV ist allerdings generell für Heilfürsorgeberechtigte ausgeschlossen, wenn anspruchsberechtigte Familienangehörige vorhanden sind. Das ist nicht sachgerecht und eine nicht nachvollziehbare Schlechterstellung des genannten Personenkreises. Ein solches Erfordernis besteht in der privaten Krankenversicherung nicht. Damit diese Personengruppe tatsächlich eine Wahlfreiheit hat und ein Gleichlauf zwischen GKV und PKV hergestellt wird, fordern wir eine gesetzliche Änderung dahingehend, dass Heilfürsorgeberechtigte auch dann eine Anwartschaftsversicherung in der GKV abschließen können, wenn es anspruchsberechtigte Familienangehörige gibt. Auch diese Möglichkeit muss im SGB V vorgeschrieben werden.

4 Belastungsrisiken für das GKV-System

PKV-Versicherte lösen gegenüber GKV-Versicherten Mehrausgaben aus, die bei Beihilfeberechtigten vor allem zu Lasten der Dienstherrn gehen.⁶

⁵ BeckOK SozR/Harich, 51. Ed. 1.12.2018, SGB V § 16 Rn. 16;

Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann/Waltermann, 5. Aufl. 2017, SGB V § 16 Rn. 8.

⁶ Siehe insbesondere: WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2018.

Die politischen Zielsetzungen, diese Ausgaben – und vor allem die Kostensteigerungen des Gesundheitssystems, die zukünftig zu tragen sind – zu dämpfen, sind nachvollziehbar und folgerichtig.

Bei einer bloßen „Öffnung“ der GKV für Beihilfeberechtigte würden diese Kostensteigerungen allerdings in erheblichem Umfang auf die GKV-Versichertengemeinschaft überwältigt werden. Diesem Umstand müssen Gesetz- und Verordnungsgeber dringend Rechnung tragen.

Weitergehende Kostenaspekte in der vergleichenden Gegenüberstellung von GKV und PKV sind nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Sollten Sie hierzu eine Ausarbeitung wünschen, bitten wir um einen kurzen Hinweis.

5 Abschließende Bewertung

Neben unterschiedlichen Beihilfavorschriften für Bund, Länder, Kommunen und Sonderregelungen für Anstalten öffentlichen Rechts (z. B. das ZDF) gibt es für Beamt*innen und öffentlich Bediensteten, die Beamt*innen gleichgestellt sind, bereits jetzt schon ein zweigliedriges System – bestehend aus (individueller) Beihilfe und (freier) Heilfürsorge (die dann im Ruhestand wiederum in ein Beihilfesystem übergeht). Dieses zweigliedrige System würde mit dem Gesetzentwurf zu einem dreigliedrigen System erweitert, ohne dass die bereits jetzt durch SGB-Regelungslücken begründeten Problemstellungen gelöst werden.

Ein Großteil der von uns in dieser Stellungnahme aufgezeigten Ungleichbehandlungen und Schlechterstellungen lassen sich ausschließlich bundesgesetzlich regeln. Hier empfehlen wir dringend, dahingehend Bundesratsinitiativen auf den Weg zu bringen und das mehrgliedrige Krankenversorgungssystem für öffentlich Bedienstete in Deutschland nicht noch weiter zu verkomplizieren.

Für Nach- und Rückfragen zu unserer Stellungnahme stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung – auch für den weiteren Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens.

Freundliche Grüße

Bund der Versicherten e. V.