

**Gesetzentwurf
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

**Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei
Beitragsschulden in der Krankenversicherung**

A. Problem und Ziel

Durch die Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) wurde allen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet. Seit Einführung dieser Pflicht zur Versicherung ist auch ein Ausschluss aus der Krankenversicherung bei Nichtzahlung der Beiträge nicht mehr möglich.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde bei Nichtzahlung der Beiträge ein höherer Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags erhoben, und zwar sowohl für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) (bisherige Nichtversicherte). Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Verpflichtung zur Beitragszahlung durchsetzen und damit dem Schutz der Solidargemeinschaft dienen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass der erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände nicht gelöst, sondern verschärft hat.

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, gilt seit Einführung der Versicherungspflicht, dass ihr Vertrag ruhend gestellt wird, die Leistungen auf ein Notfallniveau herabgesetzt werden und sie nach Ablauf eines Jahres im Basistarif versichert werden. In der Praxis hatten diese Regelungen jedoch nicht den gewünschten Effekt, Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen und eine finanzielle Belastung der Versichertengemeinschaft zu vermeiden.

Darüber hinaus bedarf es im SGB V der rechtlichen Klarstellung, dass die sogenannten Halteeffekte nicht bei der Kalkulation von Wahltarifen zu berücksichtigen sind.

B. Lösung

Für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte sowie für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 gilt künftig ebenfalls der reguläre Säumniszuschlag. Er beträgt ein Prozent des rückständigen Betrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis.

Zudem wird ein Notlagentarif in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, werden nach Durchführung eines

gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt. Ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruht währenddessen.

Im SGB V wird klargestellt, dass die sogenannten Halteeffekte nicht bei der Kalkulation von Wahltarifen zu berücksichtigen sind.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

D.1 Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen weder durch die Einführung des Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung noch durch die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags in der gesetzlichen Krankenversicherung noch durch sonstige Regelungen Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

D.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 führt zu geringfügigen Mindereinnahmen der Krankenkassen bei den Säumniszuschlägen. Dem können jedoch Mehreinnahmen gegenüber stehen, weil Beitragszahlungen verstetigt werden können, da es zu einer geringeren Überschuldung kommen dürfte.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die private Krankenversicherungswirtschaft entstehen durch die Einführung eines Notlagentarifs einmalige Belastungen in Höhe von rund 228 000 Euro. Insgesamt wird der anfallende Aufwand der Versicherungsunternehmen bei Nichtzahlern durch die Einführung des Notlagentarifs geringer ausfallen als gegenüber dem Status quo.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für Bund, Länder und Gemeinden entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Im Hinblick auf die Neuregelung zu den Wahltarifen ist davon auszugehen, dass nur für die – wenigen - Krankenkassen ein einmaliger geringfügiger Mehraufwand anfällt, die das

versicherungsmathematische Gutachten früher vorlegen müssen, als es der bestehende Dreijahresrhythmus vorsieht.

Durch den Wegfall des erhöhten Säumniszuschlags entsteht für die Krankenkassen ein einmaliger, geringfügiger IT-Umstellungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Die niedrigere Prämie des Notlagentarifs und die damit zu erwartende höhere Zahlungsmoral von bisher säumigen Beitragszahlern werden in der PKV zu derzeit in der Höhe nicht quantifizierbaren Entlastungen der Versicherungsgemeinschaft im Vergleich zum Status quo führen.

elektronische Vorab-Fassung*

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 53 Absatz 9 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen.“

b) Im neuen Satz 3 wird das Wort „darüber“ durch die Wörter „über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

2. In § 75 Absatz 3a Satz 1 werden nach den Wörtern „des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ die Wörter „und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 24 Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

§ 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 79 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I. S. 3044) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 10 ersetzt:

„(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrags im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit ver-

brauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.“

2. Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 11.

Artikel 4

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 13. Februar 2013 (BGBl. I S. 174) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 12g folgende Angabe eingefügt:

„§ 12h Notlagentarif“.

2. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1d Satz 1 werden die Wörter „§ 12 Abs. 1a dieses Gesetzes“ durch die Wörter „Absatz 1a und im Notlagentarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12h“ ersetzt.
- b) In Absatz 4a Satz 2 werden nach dem Wort „enden,“ die Wörter „sowie für den Notlagentarif nach § 12h“ eingefügt.

3. Nach § 12g wird folgender § 12h eingefügt:

„§ 12h
Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.“

Artikel 5

Änderung des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz

Dem Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2009 (BGBl. I S. 1574) geändert worden ist, wird folgender Artikel 7 angefügt:

„Artikel 7

Krankenversicherung, Versicherungsverhältnisse nach § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes

Versicherte, deren Verträge am ... [*einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6 dieses Gesetzes*] gemäß § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes ruhend gestellt sind, gelten ab diesem Zeitpunkt als im Tarif gemäß § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert.“

Artikel 6

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft.

Berlin, den 16. April 2013

Volker Kauder, Gerda Hasselfeldt und Fraktion

Rainer Brüderle und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Handlungsbedarf

Durch die Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) wurde allen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet. Seit dem 1. April 2007 unterliegen Personen, die vor der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, grundsätzlich der (nachrangigen) Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989).

Zum 1. Januar 2009 ist die Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung hinzugetreten. Gemäß § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ist demnach grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung verpflichtet, sofern sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder anderweitig abgesichert ist. Unversicherten Personen, die bis dahin keinen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung mehr hatten, ist damit unabhängig von ihrem Alter und Gesundheitszustand ein erneutes Zugangsrecht zur Krankenversicherung gewährt worden.

Aufgrund dieser Pflicht zur Versicherung ist es seither nicht mehr möglich, Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, aus der Krankenversicherung auszuschließen. In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde bei Nichtzahlung der Beiträge ab dem 1. April 2007 für freiwillig Versicherte und für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 ein höherer Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags festgelegt, da die Sanktion durch Säumniszuschläge in Höhe von einem Prozent als nicht ausreichend angesehen wurde. Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Verpflichtung zur Beitragszahlung durchsetzen und damit zum Schutz der Solidargemeinschaft dienen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass der erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände eher verschärft hat.

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung über einen längeren Zeitraum nicht nachkommen, gilt seit Einführung der Pflicht zur Versicherung, dass ihr Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen ruhend gestellt wird und die Leistungen auf ein Notfallniveau herabgesetzt werden. Zudem sieht das Gesetz bislang vor, dass die Versicherung im Basistarif fortzusetzen ist, wenn nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens alle ausstehenden Beitragsschulden vollständig bezahlt werden. Die Fortsetzung der Versicherung im Basistarif kann aufgrund der dort zum Teil hohen Beitragsforderungen jedoch zu einer weiteren Überschuldung der Beitragsschuldner führen.

In der Praxis hat sich die bisherige Regelung für die Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung zum Teil als unzweckmäßig erwiesen. Dies betrifft insbesondere das Verfahren, mit dem das Ruhen der Leistungen festgestellt wird, die Bestimmung des Umfangs der Notfalleistungen, die Bestimmung aller Beitragsschulden, die vom Versicherten nachzuentrichten sind, sowie die Verteilung der Kosten dieses Verfahrens.

Ziel ist es daher, die Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen, gleichzeitig ihre Notfallversorgung zu gewährleisten und das Kollektiv der Versichertengemeinschaft finanziell zu entlasten.

Darüber hinaus bedarf es im Fünften Buch Sozialgesetzbuch einer rechtlichen Klarstellung, dass die sogenannten Halteeffekte nicht bei der Kalkulation von Wahlтарifen zu berücksichtigen sind. Hierdurch werden europarechtlich unzulässige Quersubventionierungen eines Wahlтарifs der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem allgemeinen Haushalt einer Krankenkasse verhindert.

II. Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

Dieser Gesetzentwurf sieht Folgendes vor:

1. Reduzierung der Säumniszuschläge für Beitragsschuldner in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der erhöhte Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags für freiwillig Versicherte sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 abgeschafft. Auch für diese Versicherten gilt somit künftig der reguläre Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen Betrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis.

2. Einführung eines Notlagentarifs für Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung wird ein Notlagentarif eingeführt. Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, werden nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt, ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruht währenddessen.

Für alle Versicherten im Notlagentarif wird eine einheitliche Prämie kalkuliert, Alterungsrückstellungen werden nicht aufgebaut. Bereits vorhandene Alterungsrückstellungen sind auf die zu zahlende Prämie anzurechnen, um den Aufbau weiterer Beitragsschulden zu verhindern.

Der bereits nach geltendem Recht bestehende Anspruch des Versicherten auf Behandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft bleibt auch im Notlagentarif bestehen. Der Leistungsanspruch wird brancheneinheitlich konkretisiert.

Darüber hinaus sehen die Neuregelungen ein vereinfachtes Rückkehrrecht des Versicherten in seinen Ursprungstarif vor, wenn alle Beitragsschulden beglichen wurden.

3. Klarstellung zur Unzulässigkeit der Einbeziehung von Halteeffekten bei der Kalkulation von Wahlтарifen

Es wird im Fünften Buch Sozialgesetzbuch eine Klarstellung dahingehend vorgenommen, dass die sogenannten Halteeffekte bei der Kalkulation von Wahlтарifen nicht durch die Krankenkassen berücksichtigt werden dürfen.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zur Sozialversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für das privatrechtliche Versicherungswesen ergibt sich aus Artikel 72 Absatz 2 in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die privaten Versicherungsunternehmen, die die Krankenversicherung durchführen, ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen.

IV. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

V. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen weder durch die Einführung des Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung noch durch die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags in der gesetzlichen Krankenversicherung noch durch sonstige Regelungen Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 führt zu geringfügigen Mindereinnahmen der Krankenkassen bei den Säumniszuschlägen. Dem können jedoch Mehreinnahmen gegenüber stehen, weil Beitragszahlungen verstetigt werden können, da es zu einer geringeren Überschuldung bei den Betroffenen kommen dürfte.

VI. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwands sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes (Stand: Oktober 2012) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Ausführungen zu den Zeitwerten mit Hilfe von typisierenden Ex-ante-Angaben sowie für die Lohnkostentabelle Wirtschaft, deren Wirtschaftsabschnitt K den Berechnungen zugrunde gelegt wurde.

1. Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

2. Wirtschaft

Für die private Versicherungswirtschaft entsteht durch die Einführung eines Notlagentarifs für säumige Beitragszahler folgender Erfüllungsaufwand:

Für die Beleihung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. mit der Festlegung von Art, Umfang und Höhe der Leistungen des brancheneinheitlichen Notlagentarifs entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

Es gibt derzeit rund 146 000 Versicherte in der privaten Krankenversicherung, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen. Diese Versichertengruppe wird nach Inkrafttreten des Notlagentarifs in diesen überführt. Die Versicherungsunternehmen haben ihre Versicherten mittels Brief über die Einstufung in den Notlagentarif zu informieren, hierfür werden sonstige Ausgaben (Briefpapier, -umschlag und Porto) in Höhe von 1,55 Euro pro Fall angesetzt. Durch die Implementierung des neuen, einheitlichen Notlagentarifs bei den 48 Versicherungsunternehmen sowie durch die standardisierte Information an die Versicherten entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 228 000 Euro.

Nach einer Schätzung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. ist pro Jahr von circa 3 000 neuen Nichtzahlern auszugehen. Der bei den Versicherungsunternehmen anfallende Aufwand, der ihnen durch Überführung von Nichtzahlern in den Notlagentarif entsteht, wird geringer sein als die bislang gesetzlich vorgesehene Überführung in den Basistarif von Versicherungsnehmern, die ihre Beitragsschulden nach einem Jahr nicht vollständig bezahlt haben. Da im Notlagentarif keine Alterungsrückstellungen zu bilden sind, entfällt für die privaten Versicherungsunternehmen der Aufwand, aus nicht geleisteten Beiträgen Alterungsrückstellungen bilden zu müssen.

3. Verwaltung

3.1

Für Bund, Länder und Gemeinden entsteht kein Erfüllungsaufwand.

3.2 Krankenkassen

Im Hinblick auf die Neuregelung zu den Wahltarifen wird davon ausgegangen, dass nur für wenige Krankenkassen ein einmaliger geringfügiger Mehraufwand anfallen kann, da das versicherungsmathematische Gutachten gegebenenfalls früher vorgelegt werden muss, als es der bestehende Dreijahresrhythmus vorsieht.

Durch den Wegfall des erhöhten Säumniszuschlags entsteht für die Krankenkassen ein einmaliger, geringfügiger IT-Umstellungsaufwand.

VII. Weitere Kosten

Es wird davon ausgegangen, dass die niedrigere Prämie des Notlagentarifs eine höhere Zahlungsmoral von bisher säumigen Beitragszahlern nach sich ziehen wird. Aufgrund der zu erwartenden höheren Zahlungsmoral und der deutlich geringeren Prämie werden Beitragsrückstände bei den Versicherungsunternehmen deutlich langsamer aufgebaut, was eine geringere Belastung der Versicherungsunternehmen im Vergleich zum Status quo bewirkt. Hierdurch kann die Überschussbeteiligung, die an die Versicherungsnehmer über die Beitragsrückerstattung oder andere Instrumente zur Beitragsglättung ausgeschüttet

wird, künftig höher ausfallen. Verstärkt wird diese Entlastung der Versichertengemeinschaft durch die Verpflichtung der Unternehmen, früher aufgebaute Alterungsrückstellungen eines Beitragsschuldners teilweise zur Finanzierung des Beitrags im Notlagentarif zu nutzen.

VIII. Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeitsindikatoren der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie wurden geprüft. Die Wirkung des Gesetzentwurfs entspricht einer nachhaltigen Entwicklung.

Um die Bürgerinnen und Bürger, die mit der Zahlung ihrer Krankenversicherungsbeiträge im Rückstand sind, vor weiterer Überschuldung zu schützen, wird in der privaten Krankenversicherung ein Notlagentarif eingeführt. Ebenso wird der erhöhte Säumniszuschlag für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 abgeschafft. Damit soll verhindert werden, dass den Versicherten weitere Schulden entstehen. Ziel ist es, dass die Versicherten ihre Krankenversicherungsbeiträge mittel- bis langfristig wieder regelmäßig erbringen und damit auch die ursprünglich vereinbarten Leistungen in der privaten Krankenversicherung bzw. den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang in Anspruch nehmen können.

Durch die Klarstellung, dass sogenannte Halteeffekte bei der Kalkulation von Wahlтарifen nicht berücksichtigt werden dürfen, wird ein Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Jeder Wahlтарif muss dauerhaft finanziell tragfähig sein und sich deshalb aus sich selbst heraus finanzieren; Quersubventionierungen sind untersagt.

IX. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, da keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen oder Männern auswirken.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 53)

Zu Buchstabe a

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) wurden in § 53 Absatz 9 SGB V die Anforderungen an den Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Wahlтарifen verschärft. Es wurden redaktionelle Klarstellungen im Hinblick auf das Verbot der Quersubventionierung der Wahlтарife vorgenommen. Insbesondere wurde geregelt, dass die Aufwendungen für jeden Wahlтарif jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen finanziert werden müssen. Mit dem neuen Satz 2 (1. Halbsatz) wird nun gesetzlich ausdrücklich klargestellt, dass kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden (sogenannte Halteeffekte), bei der Kalkulation von Wahlтарifen nicht berücksichtigt werden dürfen. Dies gilt für alle Wahlтарife.

Beim zweiten Halbsatz handelt sich um eine Übergangsregelung, welche die Krankenkassen, die derzeit bei der Kalkulation von Wahltarifen nach Absatz 1 (Selbstbehalt) und Absatz 2 (Beitragsrückgewähr) sogenannte Halteeffekte berücksichtigen, verpflichtet, die einnahmeseitige Berechnung unverzüglich umzustellen. Dies bedeutet, dass die Umstellung im Hinblick auf eine geordnete Umstellung der Berechnungen und unter Berücksichtigung der Termine der Selbstverwaltung der einzelnen Krankenkasse zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens aber bis Ende 2013 zu erfolgen hat.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a. Sie beinhaltet, dass sich die bestehende Verpflichtung der Krankenkassen, über die Berechnung der Wahltarife nach Satz 1 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen, auch auf das Verbot der Berücksichtigung der sogenannten Halteeffekte bezieht.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Bislang sah das Versicherungsvertragsgesetz für Nichtzahler das Ruhen der Leistungen und eine Fortführung der bisherigen Versicherung im Basistarif vor, wenn nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens alle ausstehenden Beitragsschulden vollständig bezahlt werden. Diese Regelung wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aufgehoben; die betroffenen Personen werden nun im Notlagentarif versichert.

Als Folgeänderung wird § 75 Absatz 3a dahingehend ergänzt, dass die Regelungen zur Sicherstellung und Vergütung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, die in den brancheneinheitlichen Standard- und Basistarifen der privaten Krankenversicherung versichert sind, auch für die im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versicherten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen gelten.

Unabhängig vom Anlass der Behandlung (akute Erkrankung, Schmerzbehandlung) entsprechen die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen des Notlagentarifs der Art nach den ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen des brancheneinheitlichen Basistarifs und werden auch in dem für den Basistarif vorgesehenen Verfahren (§ 12 Absatz 1d des Versicherungsaufsichtsgesetzes) festgelegt. Vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, die Sicherstellung und Vergütung der im Notlagentarif versicherten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen entsprechend den für den brancheneinheitlichen Basistarif geltenden gesetzlichen Vorschriften zu regeln.

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), welches im Wesentlichen am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurde für alle Einwohner ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet. Mit der Einführung der entsprechenden Regelungen wurden auch Schutzmechanismen für die Solidargemeinschaft in der gesetzlich Krankenversicherung vorgesehen für den Fall, dass die Versicherten, die seitdem keinen Ausschluss aus der Versicherung mehr zu befürchten haben, ihre Beiträge nicht zahlen.

Um die Verpflichtung zur Beitragszahlung durchzusetzen, war deshalb für freiwillig Versicherte sowie für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 im Falle von Beitragsrückständen ein höherer Säumniszuschlag

eingeführt worden. Dieser Säumniszuschlag belief sich auf fünf Prozent des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages.

Aus heutiger Sicht wird dieses Instrument nicht mehr als zielführend angesehen. Es hat sich gezeigt, dass der erhöhte Säumniszuschlag (bei Jahresbetrachtung 60 Prozent p. a.) das Problem der Beitragsrückstände für die Betroffenen eher verschärft. Dadurch überschuldete Mitglieder können in vielen Fällen keine oder nur verminderte Beiträge zahlen.

Durch die Aufhebung dieser Regelung wird nunmehr erreicht, dass auch die genannten Personenkreise künftig nur noch Säumniszuschläge in Höhe von einem Prozent für jeden angefangenen Monat der Säumnis zu zahlen haben. Insoweit gilt nunmehr § 24 Absatz 1 SGB IV. Es hat sich gezeigt, dass dies als ausreichendes und angemessenes Sanktionsmittel anzusehen ist.

Zu Artikel 3 (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes)

Der zum 1. Januar 2009 in Kraft getretene § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes enthält eine Sonderregelung für den Fall des Zahlungsverzugs des Versicherten. Im Gegensatz zu anderen Versicherungszweigen kann der Versicherer einen Vertrag, der der Erfüllung der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung dient, nicht wegen Beitragsrückstand beenden. Vielmehr wird der Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen ruhend gestellt und die Leistungen werden auf ein Notfallniveau herabgesetzt.

Diese Regelung hat sich in der Praxis als zum Teil unzweckmäßig erwiesen. Dies betrifft insbesondere das Verfahren, mit dem das Ruhen der Leistungen festgestellt wird, die Bestimmung des Umfangs der Notfalleistungen, die Bestimmung aller Beitragsschulden, die vom Versicherten nachzuentrichten sind, sowie die Verteilung der Kosten dieses Verfahrens auf die Gesamtheit der privat Krankenversicherten.

Als problematisch hat sich insbesondere erwiesen, dass nach der bisherigen Gesetzeslage eine Fortsetzung der Versicherung im Basistarif vorgesehen war, sofern die Rückstände nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens beglichen worden sind. Die Umstellung auf den Basistarif hätte jedoch in vielen Fällen zu einer Beitragserhöhung geführt. Dies wäre sowohl mit einer stärkeren finanziellen Belastung der betroffenen Versicherungsnehmer als auch einer Erhöhung der gegebenenfalls nicht eintreibbaren Außenstände der Versicherer verbunden gewesen. Daher ist in der Praxis in vielen Fällen von einer Umstellung in den Basistarif abgesehen worden. Die Kosten der Nichtzahler wurden dann dem Tarif zugeordnet, der ursprünglich vereinbart worden war. Dies führte zu Verzerrungen bei der Kalkulation der Tarifprämien, wodurch die vertragstreuen Versicherungsnehmer des betroffenen Unternehmens ungleichmäßig mit den durch die Nichtzahler verursachten Kosten belastet wurden.

Die nunmehr vorgesehenen Änderungen greifen diese Schwierigkeiten auf und vereinfachen gleichzeitig das Verfahren.

Zu Nummer 1 (§ 193 Absatz 6 bis 10)

Zu Absatz 6

Im neuen Absatz 6 werden vor allem die Bestandteile des zu mahnenden Betrags präzisiert. Für Versicherungsnehmer, die hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden, verbleibt es bei der geltenden Rechtslage. Danach ruhen die Leistungen nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Voraussetzung ist, dass die Hilfebedürftigkeit vom zuständigen Leistungsträger

bescheinigt wird. Für die Zeit der Hilfebedürftigkeit ist die Beitragszahlung über entsprechende Leistungen des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende oder der Sozialhilfe durch Direktüberweisung an das Versicherungsunternehmen sichergestellt.

Zu Absatz 7

Im neuen Absatz 7 wird die Einführung eines Notlagentarifs in § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes im Versicherungsvertragsgesetz nachvollzogen. Bei diesem Notlagentarif handelt es sich um eine gesetzliche Fiktion, die es ermöglicht, ruhende Versicherungsverhältnisse technisch besser in das bestehende System der aufsichtsrechtlichen Rechnungslegung der privaten Krankenversicherung einzufügen.

Es wird zudem klar gestellt, dass das Tarifwechselrecht nach § 204 Absatz 1 für den Notlagentarif nicht besteht. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während der Zeit der Versicherung im Notlagentarif.

Zu Absatz 8

In Absatz 8 wird vorgegeben, dass und wie der Versicherer den Versicherungsnehmer über den Wechsel in den Notlagentarif und die zu zahlende Prämie zu informieren hat. Zudem wird dem Versicherer die Möglichkeit eröffnet, die Angaben zur Versicherung auf einer elektronischen Gesundheitskarte zu vermerken.

Zu Absatz 9

In Absatz 9 wird klargestellt, dass der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte, nachdem er sämtliche Rückstände ausgeglichen hat, in seinen alten Tarif zurückkehrt. Er ist damit grundsätzlich so gestellt wie Versicherungsnehmer bzw. Versicherte im selben Tarif, die in diesem Zeitraum ihre Beiträge regulär gezahlt haben. Daraus ergibt sich, dass es für den Vertragsinhalt nunmehr auf den Zeitpunkt der Rückkehr ankommt und nicht auf den Eintritt des Ruhens. Zwischenzeitlich eingetretene Änderungen des Tarifs, zum Beispiel Bedingungsänderungen oder Beitragsanpassungen, gelten also ohne weitere Voraussetzungen auch für den „Rückkehrer“.

Zu Absatz 10

Es wird klargestellt, dass die neu eingeführten Absätze 6 bis 9 auch für mitversicherte Personen entsprechend gelten.

Zu Nummer 2 (§ 193 Absatz 11)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1.

Zu Artikel 4 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)

In der Inhaltsübersicht wird der neue § 12h aufgenommen, in dem der Notlagentarif geregelt ist.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Zu Buchstabe a

Der Leistungsumfang des Notlagentarifs entspricht grundsätzlich den bisherigen Ruhensleistungen. Um die Rechtssicherheit bei der Anwendung dieses Tarifs für Anbieter und Versicherte zu erhöhen und um eine brancheneinheitliche Vorgehensweise sicherzustellen, wird der Verband der privaten Krankenversicherung damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen des Notlagentarifs festzulegen. Damit wird das bereits für den Basistarif geltende Verfahren auf diesen Sachverhalt übertragen. Wie beim Basistarif übt daher auch hier das Bundesministerium der Finanzen die Fachaufsicht über den PKV-Verband aus.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird klargestellt, dass für Versicherte im Notlagentarif kein Prämienzuschlag zu erheben ist. Es handelt sich im Wesentlichen um eine Folgeänderung zu der Änderung, dass für den Notlagentarif keine Alterungsrückstellung aufgebaut wird (vgl. hierzu Nummer 3).

Zu Nummer 3 (§ 12h)

Der neue § 12h fasst die Regelungen über den Inhalt des Notlagentarifs zusammen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht die Bildung eines Notlagentarifs für alle Nichtzahler vor und definiert zudem abschließend die Leistungen des Tarifs.

Zu Absatz 2

Da die Leistungen für die Betroffenen dieselben sind, wird in Absatz 2 vorgegeben, dass auch die Kalkulation des Tarifs so weit wie möglich einheitlich erfolgen soll. Da für alle Versicherten eine einheitliche Prämie vorgeschrieben ist, wird im Notlagentarif keine Alterungsrückstellung aufgebaut. Die bis zur Umstellung in den Notlagentarif aufgebaute Alterungsrückstellung verfällt nicht. Zur Berechnung sind die für die Berechnung der Prämien geltenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

Absatz 2 Satz 2 enthält eine Sonderregelung für Versicherte mit Beihilfeberechtigung. Diese Sonderregelung ist erforderlich, um die Unterschiede in den Beihilferegelungen des Bundes und der Länder auszugleichen.

Der Beitrag für den Notlagentarif soll nicht höher sein als der Beitrag für den Basistarif. Da der Beitrag ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert wird und die Leistungen des Notlagentarifs unterhalb des Leistungsumfangs des Basistarifs liegen, wird der Beitrag im Ergebnis deutlich niedriger ausfallen als der Beitrag im Basistarif. Der Beitrag soll jedoch kostendeckend sein. Daher ist der Begriff „Aufwendungen für Versicherungsfälle“, anders als z.B. in § 41 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung, hier so zu verstehen, dass er alle tatsächlich entstandenen Kosten im Zusammenhang mit der Leistungserbringung umfasst. Um den Aufbau weiterer Beitragsschulden zu dämpfen, ist vorgesehen, dass die Alterungsrückstellung des Beitragsschuldners während der Ruhensphase teilweise zur Finanzierung seiner Versicherung heranzuziehen ist.

Zu Artikel 5 (Änderung des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz)

Durch die Änderung des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz wird klargestellt, dass die Versicherungsnehmer bzw. Versicherten, deren Verträge zum Zeit-

punkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits ruhend gestellt sind, mit diesem Zeitpunkt als im Notlagentarif versichert gelten.

Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

elektronische Vorab-Fassung*