

## Referentenentwurf

### BMG

## 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.

Zur Durchsetzung der Verpflichtung zur Beitragszahlung und damit zum Schutz der Solidargemeinschaft wurde in der gesetzlichen Krankenversicherung die Nichtzahlung der Beiträge 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 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) (bisherige Nicht-Versicherte) deshalb mit einem höheren Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Betrags versehen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass dieser erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände eher 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 haben sich diese Regelungen jedoch als zum Teil nicht zielführend erwiesen, um Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen und eine finanzielle Belastung des Kollektivs der Versicherungsgemeinschaft zu vermeiden.

Darüber hinaus bedarf es im Fünften Buch Sozialgesetzbuch einer 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 gilt künftig ebenfalls der reguläre Säumniszuschlag in Höhe von einem 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 automatisch in diesen Notlagentarif überführt; ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruht währenddessen.

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird klargestellt, dass die sogenannten Halteeffekte nicht bei der Kalkulation von Wahlтарifen zu berücksichtigen sind.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

### **D.1 Bund, Länder und Gemeinden**

Für Bund, Länder und Kommunen entstehen durch die Einführung des Notlagentarifs in die private Krankenversicherung sowie durch die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Kosten. Perspektivisch kann die Einführung des Notlagentarifs zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger bei den Aufwendungen für die Grundsicherung führen.

### **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 im Ergebnis nicht zu Einnahmeausfällen der Krankenkassen. Beitragszahlungen können vielmehr verstetigt werden, 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 €. 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**

Im Hinblick auf die Neuregelung zu den Wahlтарifen ist davon auszugehen, dass nur für wenige Krankenkassen ein einmaliger geringfügiger Mehraufwand anfällt, da das versicherungsmathematische Gutachten ggf. früher vorgelegt werden muss, als es der bestehende Drei-Jahres-Rhythmus vorsieht.

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

## **F. Weitere Kosten**

Die niedrigere Prämie des Notlagentarifs und die damit zu erwartende höhere Zahlungsmoral von bisher säumigen Beitragszahlern werden zu Entlastungen der Versicherungsgemeinschaft im Vergleich zum Status Quo führen.

# **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 ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 53 Absatz 9 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Finanzielle Auswirkungen für die Krankenkasse aufgrund von erwarteten oder tatsächlichen Veränderungen der Risikostrukturen durch einen Wahltarif dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden diese finanziellen Auswirkungen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2014 entsprechend umzustellen.“

b) In Satz 3 - neu - 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 – (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) 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 ... des Gesetzes vom ... (BGBl I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 11 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 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. Ist der Rückstand einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats, wenn der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 3 auf diese Folge hingewiesen worden ist und der Versicherungsnehmer bis dahin keinen Nachweis über seine Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vorgelegt hat.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Tarif 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 Tarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Versicherungsnehmer, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gelten als in einer Variante des Tarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, je nachdem, 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 Tarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist 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 Tarif 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 Tarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer eine Bescheinigung über seine Hilfebedürftigkeit im Sinn des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vorgelegt, wird das Versicherungsverhältnis im Basistarif fortgesetzt; die Absätze 7 und 8 sind nicht anzuwenden. Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

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

b) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 12.

## **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 ..... des Gesetzes vom ... (BGBl I S. ...) 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 (§ 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, sieht der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vor. § 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 50 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 ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) 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 Satz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes ruhend gestellt sind, gelten ab diesem Zeitpunkt als im Tarif gemäß § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert.“

## **Artikel 6**

### **Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **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.

Zum 1. Januar 2009 ist die Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung hinzugetreten. Gemäß § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ist grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung verpflichtet, soweit 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 seither bei Nichtzahlung der Beiträge auch kein Ausschluss säumiger Beitragszahler aus der Krankenversicherung mehr möglich. Zur Durchsetzung der Verpflichtung der Beitragszahlung und damit zum Schutz der Solidargemeinschaft wurde deshalb in der gesetzlichen Krankenversicherung die Nichtzahlung der Beiträge ab dem 1. April 2007 für freiwillig Versicherte und für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V mit einem höheren Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Betrages versehen. Die Sanktion durch Säumniszuschläge in Höhe von einem Prozent wurde als nicht ausreichend angesehen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass dieser erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände eher verschärft hat, so dass dieser nicht mehr als zielführend angesehen wird.

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 Beitragschuldner führen.

In der Praxis hat sich die bisherige Regelung für die Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung 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.

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**

Der erhöhte Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags 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 in der gesetzlichen Krankenversicherung wird abgeschafft. Auch für sie 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**

Es wird ein Notlagentarif in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, werden nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens automatisch 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 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.

Außerdem wird das Verfahren, das im Fall der Hilfebedürftigkeit des Versicherten anzuwenden ist, praktikabler gestaltet. Hilfebedürftige werden auch bei Beitragsschulden nicht in den Notlagentarif überführt, da bei ihnen die Beitragszahlung sichergestellt ist.

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

Es wird eine Klarstellung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch 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 Versicherungswe-  
sen 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 Kran-  
kenversicherung durchführen, ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet aus-  
üben 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 die Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand. Perspektivisch kann die Einführung des Notlagentarifs zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger bei den Aufwendungen für die Grundsicherung führen.

### **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 im Ergebnis nicht zu Einnahmeausfällen der Krankenkassen. Beitragszahlungen können vielmehr verstetigt werden, 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, nicht quantifizierbarer 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 automatisch 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 bei der Überführung von Nichtzahlern in den Notlagentarif 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 der Aufwand für die privaten Versicherungsunternehmen, aus nicht geleisteten Beiträgen Alterungsrückstellungen bilden zu müssen.

### **3. Verwaltung**

#### **Krankenkassen**

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

Durch den Wegfall des erhöhten Säumniszuschlags entsteht einmaliger, geringfügiger IT-Umstellungsaufwand für die Krankenkassen, der nicht quantifizierbar ist.

### **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 dieser zu erwartenden höheren Zahlungsmoral und der deutlich geringeren Prämie wird das Aufwachsen der Beitragsrückstände bei den Versicherungsunternehmen deutlich langsamer erfolgen, 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 die Versicherten weitere Schulden aufbauen. Ziel ist, 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 entweder von Frauen oder von 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 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 Wahlтариф jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen finanziert werden müssen. Daran anknüpfend wird mit dem neuen Satz 2 (1. Halbsatz) nun gesetzlich ausdrücklich klargestellt, dass finanzielle Auswirkungen für die Krankenkasse aufgrund von erwarteten oder tatsächlichen Veränderungen der Risikostrukturen, insbesondere sog. Halteeffekte, bei der Berechnung der Einnahmen von Wahlтарifen nicht einbezogen werden dürfen. Dies gilt für alle Wahlтарife.

Beim zweiten Halbsatz handelt sich um eine Übergangsregelung, welche die Krankenkassen, die derzeit bei der Kalkulation von Wahlтарifen nach Absatz 1 (Selbstbehalt) und Absatz 2 (Beitragsrückgewähr) sog. 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 2014 zu erfolgen hat.

Zu Buchstabe b

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

##### **Zu Nummer 2 (§ 75)**

Bislang sah das Versicherungsvertragsgesetz für Nichtzahler das Ruhen der Leistungen sowie 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 in den brancheneinheitlichen Standard- und Basistari-

fen der privaten Krankenversicherung versicherten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen 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 der 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.

Zur Durchsetzung der Verpflichtung der Beitragszahlung war deshalb die Nichtzahlung der Beiträge für freiwillig Versicherte sowie für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 mit einem höheren Säumniszuschlag versehen. Säumniszuschläge waren für die genannten Personenkreise in Höhe von fünf Prozent des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen.

Aus heutiger Sicht wird dieses Instrument nicht mehr als zielführend angesehen. Es hat sich gezeigt, dass der erhöhte Säumniszuschlag (bei Jahresbetrachtung 60 % 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. 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 Notfallleistungen, 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 Buchstabe a**

#### Zu Absatz 6

Im neuen Absatz 6 werden vor allem die Bestandteile des zu mahnenden Betrags präzisiert. Außerdem wird das Verfahren, das im Fall der Hilfebedürftigkeit des Versicherten anzuwenden ist, praktikabler gestaltet.

#### 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

Da der Kreis der Versicherten, die nur eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen können, möglichst klein gehalten werden soll, enthält Absatz 10 wie bisher eine ausdrückliche Sonderregelung für Versicherungsnehmer, die mit den Beiträgen im Rückstand sind, weil sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind. Bei diesen Versicherungsnehmern kann der Versicherer die Beiträge ganz oder teilweise vom zuständigen Sozialhilfe- bzw. Grundsicherungsträger erhalten, wenn sie im Basistarif versichert sind, so dass es insofern an einer Notwendigkeit für die Leistungskürzung fehlt. Das Verfahren nimmt darauf Rücksicht, dass der Versicherer insoweit auf die Kooperation des Versicherungsnehmers angewiesen ist.

Zu Absatz 11

Es wird klargestellt, dass die neu eingeführten Absätze 6 bis 10 auch für mitversicherte Personen entsprechend gelten.

#### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

### **Zu Artikel 4 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)**

#### **Zu Nummer 1 (Inhaltverzeichnis)**

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

#### **Zu Nummer 2 (§ 12)**

Zu Buchstabe a

Der Leistungsumfang des Notlagentarifs ist grundsätzlich derselbe wie bei den bisherigen Ruhensleistungen. Um die Rechtssicherheit bei der Anwendung dieses Tarifs für Anbieter und Versicherte zu erhöhen und 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 dazu, 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 soweit wie möglich einheitlich erfolgen soll. Aufgrund der Vorgabe einer Einheitsprämie für alle Versicherten 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, die erforderlich ist, um die Unterschiede in den Beihilferegelungen des Bundes und der Länder auszugleichen.

Der Beitrag für den Notlagentarif soll kostendeckend sein, er soll jedoch nicht höher sein als der Beitrag für den Basistarif. Um den Aufbau weiterer Beitragsschulden zu dämpfen, ist vorgesehen, dass die Alterungsrückstellung des Beitragsschuldners während der Ruhephase 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 Zeitpunkt 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.