



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

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

Drucksache 17/13079

sowie zum

Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 13. Mai 2013 in Berlin

8. Mai 2013

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt die Absicht, die Problematik der Nichtzahlung von Beiträgen zur Privaten Krankenversicherung im Interesse der Betroffenen und im Interesse der Versichertengemeinschaft insgesamt anzugehen. Die vorgeschlagene Einführung des Notlagentarifs ist sach- und interessengerecht.

Die Neuregelung zu den GKV-Wahlтарifen ist nicht ausreichend. Die Konkretisierung des Quersubventionierungsverbots ändert nichts daran, dass das Angebot der GKV-Wahlтарife europarechtlich unzulässig und ordnungspolitisch problematisch ist.

- I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
 - a. Einführung eines Notlagentarifs
 - b. Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V – Ausschluss der Berücksichtigung von „Halteeffekten“

- II. Stellungnahme zum Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

a. Einführung eines Notlagentarifs

Aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 wurde für die Private Krankenversicherung (PKV) eine Sonderregelung für den Fall des Zahlungsverzugs in § 193 Abs. 6 VVG eingeführt. Bei Zahlungsverzug kann danach der Versicherungsvertrag nicht mehr gekündigt werden. Das Versicherungsverhältnis wird im Basistarif fortgesetzt. Das Leistungsniveau wird auf die Aufwendungen beschränkt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Die bestehende Regelung hat sich als nicht sachgerecht erwiesen. Sie bietet kein geeignetes Instrumentarium, um säumige Beitragszahler zur Zahlung anzuhalten. Hieraus entstehen erhebliche Beitragsverluste. Diese belaufen sich in der Privaten Krankenversicherung zum 31.12.2012 auf über 745 Mio. Euro. Diese Beitragsverluste sind von den übrigen, vertrags-treuen Versicherten wirtschaftlich mitzutragen. Denn der Beitragsausfall geht zu Lasten der Mittel, die zur Senkung und Stabilisierung der Beiträge im Alter zusätzlich zu den Alterungsrückstellungen zur Verfügung stehen. Das Nichtzahlerproblem ist damit eine Ursache für Beitragssteigerungen.

Die bestehende gesetzliche Regelung ist auch für die Betroffenen nicht sachgerecht. Insbesondere die vorgesehene Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif führt aufgrund des hohen Beitragsniveaus im Basistarif häufig zu einer Verschlechterung für die Betroffenen. Die Beitragslast steigt zusätzlich. Eine Rückkehr aus dem Basistarif ist für die Betroffenen in den meisten Fällen faktisch ausgeschlossen.

Die vorgeschlagene Regelung zur Einführung eines Notlagentarifs führt zu einem sachgerechten Interessenausgleich. Für die Betroffenen ändert sich der Umfang des Versicherungsschutzes im Vergleich zur bestehenden Rechtslage bei Versicherungsverhältnissen, die wegen Beitragsverzugs ruhen, nicht. Geleistet werden die Aufwendungen für die Behandlung akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Notversorgung sowie eine unbeschränkte Versorgung bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind daher gewährleistet.

Aufgrund der vorgesehenen Rahmenbedingungen des Notlagentarifs kommt es für die Betroffenen zudem zu einer deutlichen Beitragserleichterung. Dies gilt insbesondere im Vergleich zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif. Die betroffenen Versicherten erhalten eine echte Perspektive, nach Ausgleich sämtlicher Forderungen und Bezahlung der Prämien im Notlagentarif das ursprüngliche Versicherungsverhältnis fortzuführen.

Darüber hinaus ist keine Alterungsrückstellung zu bilden. Auch dies ist sach- und interessengerecht. Nach den derzeitigen Erkenntnissen wird die Versicherung im Notlagentarif in aller Regel nur vorübergehend sein. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der

Gesetzentwurf einen einfachen Weg zur Rückkehr in den Normaltarif eröffnet: Wenn alle Beitragsschulden, Säumniszuschläge und Mahngebühren zurückgezahlt wurden, wird der Vertrag ab dem übernächsten Monat automatisch im alten Tarif fortgesetzt. Im Gegensatz zur geltenden Rechtslage erhalten die Betroffenen daher eine „zweite Chance“. Nach dem geltenden Recht ist eine Rückkehr aus dem Basistarif wirtschaftlich und rechtlich erheblich erschwert.

Der Gesetzentwurf sieht weiter vor, dass auf die zu zahlende Prämie die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen ist, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden. Die Formulierung „Entnahme aus der Alterungsrückstellung“ passt indes nicht zur Systematik und Kalkulation in der PKV mit Alterungsrückstellungen und könnte dahingehend missverstanden werden, dass während der Zeit im Notlagentarif ein Teil der Alterungsrückstellung verbraucht wird, um den Notlagentarif zu subventionieren. Dies wäre der Prämienkalkulation in der PKV völlig fremd.

Der PKV-Verband plädiert daher dafür, bei der Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung im Notlagentarif an die Regelungstechnik bei einem regulären Tarifwechsel anzuknüpfen. Dies würde klarstellen, dass die von den säumigen Beitragszahlern bereits aufgebaute Alterungsrückstellung und die daraus resultierenden Rechte im Notlagentarif nicht verloren gehen, sondern wie bei jedem anderen Tarifwechsel bei der Festsetzung der Prämie beitragsermäßigend berücksichtigt werden und mit Blick auf einen späteren Wechsel zurück in den Normaltarif erhalten bleiben.

Für die übrigen Versicherten bedeutet der Wegfall des Aufwands, auch bei fehlender Beitragszahlung eine Alterungsrückstellung zu stellen, eine erhebliche Entlastungswirkung. Die Einführung des Notlagentarifs ist daher auch im Interesse der vertragstreuen Beitragszahler gerechtfertigt. Der Gesamtbeitragsausfall sinkt.

Insgesamt begrüßt der Verband der Privaten Krankenversicherung die vorgeschlagene Regelung ausdrücklich. Die Einführung des Notlagentarifs bedeutet für die betroffenen Versicherten und die Versichertengemeinschaft insgesamt eine „Win-Win-Situation“.

b. Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V – Ausschluss der Berücksichtigung von „Halteeffekten“

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz haben die gesetzlichen Krankenkassen die Befugnis erhalten, aufgrund von § 53 SGB V sog. Wahltarife anzubieten. Die sogenannten Wahltarife sind im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Fremdkörper. Die aus dem Wortschatz der privaten Versicherungswirtschaft entlehnte Bezeichnung zeigt dies an. Ihr Grundprinzip besteht darin, dass Zusatzleistungen zur Pflichtversicherung gegen eine besondere Prämie angeboten werden. Sie widersprechen dem Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Insbesondere die Befugnis zum Angebot von Wahlтарifen als sog. Kostenerstattungstarife gemäß § 53 Abs. 4 SGB V wird genutzt, faktisch Zusatzversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten, die der Privaten Krankenversicherung vorbehalten sind. Die gesetzlichen Krankenkassen unterliegen dabei freilich nicht den strengen verbraucher-schutzrechtlichen, versicherungsvertragsrechtlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen, die für die private Versicherung gelten. Die Befugnis zum Angebot dieser Wahlтарife führt daher zu massiven Wettbewerbsverzerrungen im Verhältnis zur Privaten Krankenversicherung und zu einer Verschlechterung der Verbraucherschutzrechte.

§ 53 Abs. 9 SGB V sieht zwar ein Verbot der Quersubventionierung vor. Wahlтарife müssen sich danach selbst aus Einsparungen und Einnahmen tragen. Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich dürfen nicht in der Kalkulation berücksichtigt werden. Dieses Quersubventionierungsverbot hindert allerdings die gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot der Wahlтарife nicht daran, auf die Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich zuzugreifen. Dies gilt sowohl für die Finanzmittel, als auch für die Inanspruchnahme von Infrastruktur sowie für die Inanspruchnahme der Datenbestände, die die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der Pflichtsozialversicherung erhalten haben.

Soweit der Gesetzentwurf nunmehr eine Verschärfung des Quersubventionierungsverbots in § 53 Abs. 9 SGB V dadurch vorsieht, dass sog. Halteeffekte, d.h. Einsparungen im Pflichtversicherungsbereich, bei der Kalkulation der Wahlтарife unberücksichtigt bleiben müssen, unterbindet der Gesetzgeber einen besonders drastischen Fall, wie das Quersubventionierungsverbot in der Praxis unterlaufen wurde, um wirtschaftliche und sachliche Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich zum Betrieb der Wahlтарife zu nutzen. Die vorgeschlagene Regelung ist dabei – wie die abweichende Praxis verschiedener Landesaufsichten zeigt – nicht nur klarstellend. Im Übrigen hätte es auch keiner Übergangsvorschrift bedurft. Die Regelung ist schon daher ungeeignet, die in der Begründung angeführten europarechtlichen Vorgaben für die Vergangenheit einzuhalten. Sie beseitigt bereits eingetretene Verstöße gegen das Gemeinschaftsrecht nicht.

Unabhängig davon ist die Regelung nicht ausreichend, um die weitere Nutzung der Vorteile aus dem Pflichtversicherungsbereich beim Angebot der Wahlтарife durch die gesetzlichen Krankenkassen wirksam zu unterbinden. Nach wie vor bleiben den gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot der Wahlтарife Steuervorteile aus dem Pflichtversicherungsbereich, sowie die Möglichkeit, auf die sachlichen und personellen Mittel aus dem Angebot der Pflichtversicherung zurückzugreifen. Eine transparente und nachvollziehbare Kostentrennung fehlt und wird durch die Neuregelung nicht herbeigeführt. Die Regelung ist daher nicht geeignet, die europarechtlich bestehenden Bedenken auszuräumen.

Es bleiben nach wie vor erhebliche Möglichkeiten, das Quersubventionierungsverbot zu unterlaufen und Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich in den Wahlтарif umzuleiten. Die Praxis belegt dies, etwa indem die Prämie für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a

SGB V zur Prämie für den Wahltarif umfunktioniert wird, um einen „beitragsfreien“ Wahltarif anzubieten.

Nach Auffassung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist die vorgeschlagene Verschärfung des Quersubventionierungsverbotes schon daher nicht ausreichend. Ohnehin ist sie nicht geeignet, um die grundsätzlichen ordnungspolitischen und sozialpolitischen Bedenken gegen das Angebot der GKV-Wahltarife auszuräumen:

- Die Wahltarife sind in der umlagefinanzierten GKV ein Fremdkörper. Sie unterlaufen das Solidarprinzip, indem sie für Junge und Gesunde einen Anreiz setzen, Geld zu sparen und sich einen Leistungsvorteil von den älteren und kranken Versicherten finanzieren zu lassen.
- Für die GKV-Wahltarife fehlen die Verbraucherschutzrechtlichen Regelungen des Versicherungsvertrags- und Versicherungsaufsichtsrechts. Das Angebot ist abweichend von den Regelungen der Privaten Krankenversicherung zeitlich befristet. Die gesetzlichen Krankenkassen können, bei einer Unterfinanzierung müssen sie die Tarife jederzeit schließen. Die Versicherten verlieren dabei ihren Versicherungsschutz ohne Ersatz oder Fortsetzungsmöglichkeit.
- Europarechtlich ist das Angebot von Wahltarifen für die GKV voller Risiken. Beim Angebot gilt nicht mehr das Solidarprinzip, welches die Sonderstellung der GKV als Sozialversicherungsträger rechtfertigt. Die gesetzlichen Krankenkassen sind beim Angebot der Wahltarife Unternehmen im europarechtlichen Sinne. Der Gesetzgeber ist daher gehalten, sie vollständig dem europäischen Wirtschaftsrecht zu unterwerfen und steuerrechtliche Privilegien auszuschließen.

Aus den vorgenannten Gründen hat sich bereits der 69. Deutsche Juristentag im vergangenen Jahr mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, die Befugnis zum Angebot der Wahltarife nach § 53 SGB V vollständig zu streichen.

Nach Auffassung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sollte sich der Gesetzgeber diesem Votum anschließen. Die vorgeschlagene Regelung ist nicht ausreichend. Sie ändert nichts an der grundsätzlichen Problematik der GKV-Wahltarife, insbesondere ihrer europarechtlichen Unzulässigkeit.

II. Stellungnahme zum Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erkennt die wesentliche Bedeutung der Krankenhäuser für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung und ihre wirtschaftliche Bedeutung als Arbeitgeber insbesondere in den Regionen an. Voraussetzungen für eine medizinisch hochwertige und innovative Versorgung sind effiziente Strukturen und eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser. Die Private Krankenversicherung leistet hierzu durch die Finanzierung von allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen einen wesentlichen Beitrag, der seinen Niederschlag in stetig steigenden Versicherungsleistungen für stationäre Behandlungen hat.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erkennt an, dass mit den vorgeschlagenen Maßnahmen eine Refinanzierung neuer Aufgaben erfolgt, die von den Krankenhäusern zu übernehmen sind, und dass die finanzielle Situation des stationären Sektors kurzfristig verbessert werden kann. Um auch mittel- und langfristig eine sinnvolle und angemessene Allokation der Vergütung für eine stabile Finanzierung der stationären Versorgung zu erreichen, die den anerkannten Zielen einer guten Versorgungsqualität ohne problematische Anreize zu einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung gerecht wird, geht der Verband der Privaten Krankenversicherung davon aus, dass die Weiterentwicklung von Strukturveränderungen im Krankenhausbereich ein wichtiges Thema auf der Agenda der nächsten Legislaturperiode sein wird.

In der Neufassung des § 17c Abs. 3 KHG erhält der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene die Aufgabe, eine verbindliche Klärung zu Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung vorzunehmen. Bisher sind bei der Bildung des Ausschusses die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vorgesehen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hält seine Beteiligung an diesem Gremium für erforderlich, da die hier festzulegenden Regelungen gleichermaßen auch für privat versicherte Patienten gelten.

Eine Beteiligung des PKV-Verbandes ist in vergleichbaren Zusammenhängen (z.B. bei der Vereinbarung der Deutschen Kodierrichtlinien) etabliert. Die Beteiligung am Schlichtungsausschuss könnte analog zur Beteiligung an den Schiedsstellen nach § 18a Abs. 6 KHG ausgestaltet werden, d.h. der/die Vertreter der PKV würden auf die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet. Der PKV-Verband wäre damit Vertragspartner bei der Bildung des Schlichtungsausschusses. Damit wäre auch das Antragsrecht verbunden bzw. könnte auf die Landesausschüsse der Privaten Krankenversicherung erweitert werden.