



Direktor: Prof. Achim Wambach, Ph.D  
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

## **Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der Krankenversicherung**

Christine Arentz, Ines Läufer und Leonard Münstermann

**Otto-Wolff-Discussion Paper 05/2013**

(Oktober 2013)

## Inhaltsverzeichnis

1.	Versicherungspflicht.....	1
2.	Nicht-Zahler .....	2
3.	Anreize zur Forderungseintreibung.....	3
4.	Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der GKV .....	6
4.1.	Bedürftige Nicht-Zahler in der GKV .....	6
4.2.	Beurteilung der neuen Gesetzesregelung .....	7
5.	Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der PKV .....	9
5.1.	Bedürftige Nicht-Zahler in der PKV.....	9
5.2.	Beurteilung der alten gesetzlichen Regelung.....	10
5.3.	Beurteilung der neuen gesetzlichen Regelung .....	11
6.	Fazit.....	15
	Literaturverzeichnis .....	16

### Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Christine Arentz  
christine.arentz@wiso.uni-koeln.de

Dipl.-Volkswirtin Ines Läufer  
lauefer@wiso.uni-koeln.de

Dipl.-Volkswirt Leonard Münstermann  
muenstermann@wiso.uni-koeln.de

### Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik  
an der Universität zu Köln  
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

## 1. Versicherungspflicht

In Deutschland wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im April 2007 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht eingeführt. Die Einführung dieser Pflicht sollte dazu dienen, zuvor unversicherte Personen in ein Krankenversicherungssystem, entweder in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder in die private Krankenversicherung (PKV), zu integrieren. Mit der Versicherungspflicht wurden bis dahin unversicherte Personen gezwungen, sich zu versichern und Krankenkassen und Krankenversicherungen wurden gezwungen, zuvor bei diesen versicherte Personen wieder aufzunehmen. Die Gruppe der Nichtversicherten umfasste vor allem Selbstständige, weil Arbeitnehmer mit Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze bereits pflichtversichert waren und der Beitrag direkt vom Arbeitgeber entrichtet wurde.

Die nichtversicherten Personen hatten ihre Krankenversicherung häufig zu einem früheren Zeitpunkt verloren, etwa weil sie ihre Prämien bzw. Beiträge nicht entrichtet hatten. Flankiert wurde die Versicherungspflicht mit der Einführung eines Basistarifs mit Kontrahierungszwang in der PKV. Im Basistarif dürfen im Gegensatz zu den anderen Tarifen der PKV die Prämien nicht risikoabhängig kalkuliert werden. Seit der Einführung der Unisex-Regelung wird nur noch das Alter prämienvirksam berücksichtigt. Zudem dürfen die Prämien im Basistarif den maximal in der GKV zu zahlenden Beitrag nicht überschreiten. Ferner muss die Versicherung die Prämie im Basistarif halbieren, wenn ansonsten Hilfebedürftigkeit ausgelöst würde oder schon besteht.

Mit dem Basistarif sollte der Zugang zu einer privaten Krankenversicherung für solche Personen erleichtert werden, welche längere Zeit ohne Versicherungsschutz waren und zuvor nur zu für sie untragbar hohen Prämien in die PKV hätten zurückkehren können. Da die risikoäquivalente Prämie für ältere oder vorerkrankte unversicherte Personen in der Regel weit über der im Basistarif maximal zulässigen Prämie liegt, entstehen der PKV-Versichertengemeinschaft durch die Versicherung der zuvor unversicherten Personen Verluste. Diese Verluste werden über einen Risikopool auf die Versichertengemeinschaft der gesamten PKV umgelegt, gehen also zulasten der Versicherten in den Normaltarifen aller PKVen.

Die Versicherungspflicht stellt aus ökonomischer Sicht primär ein Instrument zur Vermeidung von Trittbrettfahrerverhalten dar: Der allen Bürgern über das Grundsicherungssystem im Notfall gewährte Zugang zur Gesundheitsversorgung reduziert den Anreiz für die Bürger, selbst eine kostenträchtige Krankenversicherung abzuschließen. Da medizinische Behandlungskosten gerade im Fall schwerer Krankheiten auch die Zahlungsfähigkeit gut situerter Personen überschreiten können, müsste letztendlich die Gemeinschaft für deren Behandlung

aufkommen. Diese Inanspruchnahme gesellschaftlicher Mittel hätte durch den frühzeitigen Abschluss einer Krankenversicherung vermieden werden können.

## 2. Nicht-Zahler

Vor Einführung der Versicherungspflicht waren sowohl Krankenkassen als auch private Krankenversicherungen berechtigt, Versicherte bei Zahlungsverzug auszuschließen. Unversicherte Personen mussten dann für medizinische Leistungen selbst zahlen. Nur wenn die eigenen Mittel nicht ausreichten und Bedürftigkeit festgestellt wurde, hatten diese Personen einen Anspruch auf Unterstützung durch die Gemeinschaft der Steuerzahler.

Seit der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht ist ein Ausschluss säumiger Zahler gesetzlich untersagt. Krankenkassen und Krankenversicherungen müssen bei Zahlungsverzug das Versicherungsverhältnis fortführen, sind allerdings berechtigt, das Ruhen des Vertrages festzustellen. Während der Ruhezeit ist der Leistungsumfang auf eine Notfallversorgung beschränkt, welche lediglich die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfasst. In der GKV werden zusätzlich bestimmte Vorsorgemaßnahmen finanziert.

Die Absenkung des Leistungsumfangs auf eine Notfallversorgung soll als Sanktionsinstrument dienen, um Nicht-Zahlern einen Anreiz zu geben, ihre Prämien wieder zu entrichten. Eine derartige Absenkung des Leistungsumfangs für Nicht-Zahler führt dazu, dass diese einen geringeren Anspruch auf Gesundheitsleistungen als bedürftige Personen besitzen. Dies steht im Widerspruch zur Idee des Grundsicherungssystems, einen Mindestanspruch zu definieren, der allen Gesellschaftsmitglieder unabhängig vom Verschulden der Notsituation gewährt wird. Wird ein Leistungsumfang in Höhe einer Notfallversorgung hingegen von der Gesellschaft akzeptiert, wäre zu fragen, ob der von der Versicherungspflicht umfasste Leistungskatalog der GKV nicht zu hoch angesetzt ist. Diese Frage kann hier jedoch nicht geklärt werden.

Die Beitragsrückstände der Selbstzahler in der GKV belaufen sich auf etwa 2,15 Milliarden Euro und allein im letzten Jahr sind die Rückstände um 620 Millionen angestiegen.<sup>1</sup> Von Beitragsrückständen betroffen sind etwa 638.000 Versichertenkonten.<sup>2</sup> In der PKV haben sich die offenen Forderungen auf über 745 Millionen<sup>3</sup> Euro summiert bezogen auf etwa 155.000 Versicherte.<sup>4</sup> Die offenen Forderungen von PKV und GKV ergeben sich zum einen aus nicht geleisteten Beiträgen und zum anderen aus hierauf anfallenden Säumnis-

---

<sup>1</sup> Vgl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2012).

<sup>2</sup> Vgl. n-tv (2013).

<sup>3</sup> Vgl. PKV Verband (2013).

<sup>4</sup> Vgl. Handelsblatt (2013).

zuschlagen, welcher in der GKV 60 % p.a. beträgt. Ein enger Zusammenhang zwischen den ehemals unversicherten Personen und der hohen Anzahl an Nicht-Zahlern heute liegt nahe, wenn man die Umsetzung der Versicherungspflicht betrachtet: So müssen Personen, die der Versicherungspflicht nicht pünktlich oder gar nicht nachgekommen sind, bei (Wieder-) Eintritt in die GKV bzw. in die PKV die Beiträge bzw. die Prämien ab Einführung der Versicherungspflicht am 01.04.2007 bzw. am 01.01.2009 nachzahlen.

In der PKV wirkte sich vor Einführung der Versicherung eine bei einem Unversicherten während der Zeit der Nicht-Versicherung aufgetretene Veränderung des Risikoprofils, etwa aufgrund einer Erkrankung oder auch aufgrund des Alterns, prämienerhöhend aus. Selbst im Basistarif mit nicht-risikoäquivalenten Prämien führte dies meist zu einer Prämie in Höhe des maximalen Beitragssatzes in der GKV (derzeit 610,31 € pro Monat)<sup>5</sup>. Angesichts dieser Prämienhöhe, die auch für nicht bedürftige Personen einen nicht zu vernachlässigenden Anteil vom Einkommen ausmachen kann, besteht eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, zum Nicht-Zahler zu werden.

Bei den durch Nicht-Zahler entstehenden Kosten ist zwischen zwei Kostenarten zu unterscheiden: Zum einen fallen Kosten für Nicht-Zahler an, die im Rahmen der Notfallversorgung entstehen. Zum anderen entstehen weitere Kosten, wenn Nicht-Zahler bedürftig werden, weil diesen dann nicht nur die Notfallversorgung, sondern das Regelleistungsniveau der Krankenversicherung zusteht. Ersteres resultiert aus der Regulierungsvorschrift „Versicherungspflicht“, letzteres folgt aus dem Rechtsanspruch auf steuerfinanzierte Grundsicherungsleistungen. Während es unmittelbar einleuchtet, dass die Grundsicherungsleistungen vom Steuerzahler zu übernehmen sind, ist offen, wer für die Kosten aufgrund der Versicherungspflicht aufkommen soll.

### **3. Anreize zur Forderungseintreibung**

Da Krankenkassen und Krankenversicherungen seit Einführung der Versicherungspflicht keine Möglichkeit mehr haben, säumigen Zahlern zu kündigen und ihnen sämtliche Leistungen zu verweigern, unterliegen diese einem höheren Forderungsausfallrisiko als Unternehmen anderer Branchen. Da bedürftige Personen gegenüber der Gesellschaft einen Anspruch auf Übernahme der vollen Gesundheitsversorgung haben, handelt es sich bei den säumigen Zahlern in der Krankenversicherung um solche Personen, „die die Beiträge nicht leisten, obwohl sie dazu finanziell in der Lage wären“<sup>6</sup>. Primär gilt es deshalb der Frage nachzugehen, warum Krankenkassen und Krankenversicherungen die offenen Forderungen

---

<sup>5</sup> Die maximale Prämie von 610,31 € ergibt sich durch Multiplikation des allgemeinen Beitragssatz von 15,5 % mit der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 3.937,50 €

<sup>6</sup> Bundesregierung (2012) S. 2.

nicht eintreiben, obwohl bei nicht bedürftigen Personen pfändbares Einkommen oder Vermögen zu erwarten ist.<sup>7</sup>

Ursächlich dafür ist die aus der bestehenden Gesetzgebung resultierende Anreizstruktur, welche den wirtschaftlichen Anreiz, Forderungen durch kostenintensive und mit negativer Presse verbundene Zwangsvollstreckungsmaßnahmen einzutreiben, für Kassen und Versicherungen erheblich einschränkt. Sowohl die einzelnen Kassen als auch die einzelnen privaten Versicherungen können derzeit die Verluste der Nicht-Zahler über den Gesundheitsfonds bzw. den Basistarif sozialisieren. Die gesetzlichen Krankenkassen sind heute lediglich Einzugsstellen für die Beiträge, die in den Gesundheitsfonds fließen. Haben einzelne Kassen viele Außenstände, überweisen sie entsprechend weniger an den Fonds. Dort werden entsprechend geringere Einnahmen dazu führen, dass weniger an alle Kassen ausgeschüttet werden kann. Die Lasten, die durch Nicht-Zahler entstehen, werden also sozialisiert.<sup>8</sup> In der privaten Krankenversicherung werden Nicht-Zahler derzeit nach einem Jahr Zahlungsrückstand in den Basistarif überführt. Die Verluste, die durch den Basistarif entstehen, werden über einen Risikoausgleich auf alle privaten Krankenversicherungen verteilt. Entsprechend ist der Anreiz, die ausstehenden Beiträge bzw. Prämien unter Inkaufnahme von Kosten und eventuellen Reputationsverlusten einzutreiben, in beiden Systemen gering.

Darüber hinaus kann eine Sozialisierung auch Fehlanreize hinsichtlich der Vermeidung zukünftiger Nicht-Zahler induzieren, da Krankenkassen und Krankenversicherungen keinen Anreiz mehr haben darauf hinzuwirken, eine Nicht-Zahlung zu vermeiden. In der GKV erscheint dies weniger problematisch, da Krankenkassen kaum Möglichkeiten haben, Versicherten mit Zahlungsproblemen Beitragsreduktionen anzubieten.<sup>9</sup> In der PKV bestehen für Versicherungen hingegen erhebliche Möglichkeiten, auf die Anzahl zukünftiger Nicht-Zahler Einfluss zu nehmen, z.B. indem Personen mit Zahlungsproblemen Tarifanpassungen oder Absenkungen des Leistungsumfanges (auf das GKV-Niveau) angeboten werden. Auch könnten sich bewusst unterkalkulierte Einsteigertarife, die mit einem höheren Risiko der Nichtzahlung bei späterer Prämienanpassung einhergehen, gerade dann lohnen, wenn dieses Verlustrisiko sozialisiert würde. Die durch Nicht-Zahler entstehenden Lasten sowie die unsystematische Umverteilung von Zahlern zu Nicht-Zahlern könnten insofern reduziert

---

<sup>7</sup> Denkbar ist auch, dass zur Gruppe der Nicht-Zahler Personen gehören, die trotz Bedürftigkeit keine Transferleistungen beziehen. In Bezug auf diese Gruppe, über deren Größe keine Angaben vorliegen, stellt sich nicht die Frage, wer die durch diese entstehenden Lasten tragen muss, sondern wie der Zugang zu dem bereits heute bestehenden Transferleistungsanspruch erleichtert werden kann.

<sup>8</sup> Persönliche Auskunft beim GKV-Spitzenverband.

<sup>9</sup> Der allgemeine Beitragssatz wird in der GKV für alle Krankenkassen gesetzlich festgelegt. Einzig über Zusatzbeiträge und Wahltarife können Krankenkassen in begrenztem Umfang überhaupt Einfluss auf die Beitragshöhe ihrer Versicherten nehmen.

werden, wenn die Traglast der mit Nicht-Zahlern verbundenen Lasten bei der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenversicherung liegen würde.<sup>10</sup> In diesem Falle könnte es für private Krankenversicherungen rentabel sein, einen am individuellen Risiko eines Zahlungsausfalls orientierten Prämienaufschlag zu erheben, zusätzlich zu der in der PKV erfolgenden Prämienbemessung in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitskosten-Risiko.<sup>11</sup>

Allerdings könnte in diesem Falle ein Problem im Wettbewerb zwischen den Kassen bzw. Versicherungen auftreten. Sollten sich die hier entstehenden und für die einzelne Kasse bzw. Versicherung zumindest nicht vollständig selbst beeinflussbaren Lasten zwischen den Kassen bzw. Versicherungen erheblich unterscheiden, könnte es zu unverschuldeten Wettbewerbsnachteilen für diese kommen.<sup>12</sup> Wird dieses Problem als gravierend erachtet, könnte diesem nur durch einen Ausgleich der Kosten über alle Kassen bzw. Unternehmen hinweg begegnet werden. Die bestehende Anreizproblematik bei der Eintreibung der Forderungen ließe sich dennoch reduzieren, wenn die einzelnen Krankenkassen und Krankenversicherungen ihre bestehenden Forderungen an eine zentrale Stelle abtreten müssten. Die Eintreibung der offenen Forderungen würde dann dieser zentralen Stelle obliegen. Diese Vorgehensweise bietet sich insbesondere in der GKV an, in der diese Aufgabe dem Gesundheitsfonds übertragen werden könnte.<sup>13</sup>

Allerdings können die Eintreibungskosten höher liegen als die einzutreibende Forderung. Da die Alternative der Vertragskündigung nicht besteht, kann es folglich in einigen Fällen wirtschaftlich sinnvoll sein, die Eintreibung zu unterlassen. Selbst wenn die derzeit bestehenden Anreizprobleme bei der Eintreibung beseitigt würden, bliebe somit für Krankenkassen und Krankenversicherungen eine Restgröße an Forderungen, deren Eintreibung nicht wirtschaftlich wäre, die damit aber zu einer Belastung der jeweiligen Versichertengemeinschaft führt. Innerhalb der jeweiligen Versichertengemeinschaft werden diese Kosten über Beiträge bzw. Prämien finanziert. Damit können aber unter Umständen Versicherte zur Finanzierung

---

<sup>10</sup> In der GKV würde dies eine weitgehende Finanzierungsreform erfordern, da die einzelnen Krankenkassen derzeit lediglich die Einzugsstelle für die Beiträge sind, die in den Gesundheitsfonds fließen.

<sup>11</sup> Ob und inwieweit die einzelne PKV dieses Risiko des Zahlungsausfalls berücksichtigen würde, könnte dieser frei überlassen bleiben. Je nachdem, wie hoch die Kosten einer Prüfung der Ausfallwahrscheinlichkeit sind, mag der Verzicht darauf bzw. der Verlass auf einen generellen Indikator attraktiver sein. Dass die PKVen heutzutage keine derartigen Aufschläge verlangen, kann primär der Vorgabe, die Nicht-Zahler nach einem Jahr in den Basistarif zu überführen, geschuldet sein: Die dort entstehenden Verluste werden über einen Risikopool auf alle Krankenversicherungen umgelegt.

<sup>12</sup> Die Mitgliederstruktur von Krankenkassen und Krankenversicherungen unterscheidet sich erheblich, so dass auch von systematisch unterschiedlichen Nicht-Zahler-Quoten ausgegangen werden kann.

<sup>13</sup> Sofern sich herausstellt, dass ein entsprechender gesetzlicher Auftrag den nicht-gewinnorientierten Gesundheitsfonds nicht zur Eintreibung der Forderung bewegt, könnte die wirtschaftliche Eintreibung durch einen verpflichtenden Verkauf der Forderungen an private Inkassounternehmen hergestellt werden.

der Kosten herangezogen werden, die sich in einer wirtschaftlich schlechteren Situation befinden als die Nicht-Zahler. Verteilungspolitisch systematischer wäre es, diese Kosten über Steuern zu finanzieren, denn dann würden diese nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit getragen.

## 4. Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der GKV

### 4.1. Bedürftige Nicht-Zahler in der GKV

Mit Feststellung der Bedürftigkeit erhält jeder Bürger in Deutschland einen Anspruch auf eine volle Gesundheitsversorgung. Nicht-Zahler in der GKV erhalten also im Falle der Bedürftigkeit einen Anspruch auf erhöhte, deutlich über die Notfallversorgung hinausgehende, Gesundheitsversorgung in Höhe des üblichen GKV Leistungsniveaus.

Da in der GKV die Beiträge nur lohn- bzw. rentenabhängig sind und nicht vom Krankheitskostenrisiko des Versicherten abhängen, müssen mit Feststellung der Bedürftigkeit und einer daraus resultierenden Leistungserhöhung für diese Versicherten keine erhöhten Beiträge entrichtet werden. Dies bedeutet indes nicht, dass der Versicherten-gemeinschaft keine höheren Kosten entstehen. Da junge Versicherte im Durchschnitt geringere Kosten verursachen und tendenziell ein höheres beitragspflichtiges Einkommen haben als ältere Versicherte<sup>14</sup>, schadet es dem Versichertenkollektiv durchaus, wenn Versicherte in jungen Jahren keine Beiträge entrichten und erst im Krankheitsfall mit einem daraus resultierendem Transferleistungsbezug wieder einen vollen Leistungsanspruch erhalten. Diese Belastung wird in der GKV im Gegensatz zur PKV jedoch auch auf zukünftige Generationen verschoben.<sup>15</sup>

Ein Nicht-Zahler, der bedürftig wird und damit einen Anspruch besitzt, vom Steuerzahler den vollen GKV-Versicherungsumfang finanziert zu bekommen, lässt für die Steuergemeinschaft keine höheren Kosten entstehen als ein bis dahin regulär Beiträge entrichtender Versicherter. Diese Kosten werden im heutigen System allerdings nicht vollständig vom Steuerzahler getragen: ALG II-Empfänger sind weiterhin Pflichtversicherte in der GKV, die Träger der sozialen Grundsicherung müssen jedoch nur verminderte Beitragssätze auf einen bestimmten Teil der monatlichen Bezugsgröße nach SGB IV entrichten.<sup>16</sup> Im Ergebnis führen sie einen Pauschalbeitrag ab, der jedoch in der Regel nicht zur Deckung der Kosten

<sup>14</sup> Vgl. Eekhoff et al. (2008) S. 51.

<sup>15</sup> Der Barwert der in einem Umlageverfahren nicht von den noch zu zahlenden Beiträgen gedeckten Gesundheitsaufwendungen für die gegenwärtigen Versicherten wird als implizite Verschuldung bezeichnet. Vgl. Eekhoff et al. (2008) S. 146.

<sup>16</sup> Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich nach § 232 a Abs. 1 Punkt 2 SGB V und betragen täglich den 30. Teil des 0,345-fachen der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Diese beträgt derzeit 2.555 Euro. Es ergibt sich somit:  $0,345 \times 2.555 \text{ Euro} = 881,47 \text{ Euro}$  und  $881,47 \text{ Euro} \times 14,3 \% = 126 \text{ Euro}$ .



ausreichen dürfte. Bei Sozialhilfeempfängern, die nicht mehr automatisch GKV-Pflichtversicherte sind, kann der Träger entscheiden, ob er die laufenden Behandlungskosten tragen oder analog zu den ALG II Empfängern einen Pauschalbeitrag an die GKV entrichten will. Der GKV entstehen folglich auch hier Verluste, für die die Versichertengemeinschaft aufkommen muss.

#### **4.2. Beurteilung der neuen Gesetzesregelung**

Da wie zuvor gezeigt die durch nicht bedürftige Nicht-Zahler entstehenden Lasten auch durch verbesserte Anreize zur Eintreibung nicht vollständig beseitigt werden können, steht in der gesundheitspolitischen Diskussion die Frage im Vordergrund, wie die durch Nicht-Zahler entstehenden Lasten beschränkt werden können.<sup>17</sup>

Das zum 01.08.2013 in Kraft getretene „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ sieht für die GKV vor, den Säumniszuschlag von 60 % p.a. auf 12 % p.a. zu reduzieren. Zudem wird für diejenigen Personen, die der Versicherungspflicht nicht pünktlich nachgekommen sind, die Pflicht, Beiträge ab Einführung der Versicherungspflicht am 01.04.2007 nachzuzahlen, rückwirkend erlassen.

Grundsätzlich erscheint der Vorschlag einer Senkung des Säumniszuschlags angemessen, um den Schuldenzuwachs von gesetzlich versicherten Selbstständigen mit Zahlungsproblemen zu begrenzen. Dennoch wird ein erheblicher Teil der derzeitigen Nicht-Zahler mangels Zahlungsfähigkeit auch dann die eigenen Beiträge nicht voll entrichten, wenn diese mit einem geringeren Säumniszuschlags belegt werden. Unter Umständen können sich die Verluste für die GKV sogar erhöhen, falls Versicherte Rechnungen mit dem höchsten Säumniszuschlag zuerst begleichen und den GKV-Beitragsschulden aufgrund des gesenkten Säumniszuschlags eine geringere Priorität einräumen. Inwiefern die Senkung des Säumniszuschlags somit geeignet ist, eine wirksame Senkung der Anzahl der Nicht-Zahler in der GKV zu erreichen, erscheint zweifelhaft.

Zudem geht die Reduktion der Schulden der Nicht-Zahler mit einer entsprechenden Belastung der Versichertengemeinschaft einher, welche für diese Abschreibungen in Form von höheren Beiträgen aufkommen muss.

Relevant für die Vermeidung von Zahlungsrückständen ist auch der Umstand, dass die meisten Nicht-Zahler Selbstständige sind. Daher ist die bestehende Ungleichbehandlung zwischen Arbeitnehmern und Selbstständigen bei der Beitragsbemessung kritisch zu prüfen.

---

<sup>17</sup> Ein wesentliches Instrument zur Begrenzung der Lasten durch Nicht-Zahler ist die bereits erwähnte Absenkung des Leistungsumfangs auf eine Notfallversorgung.

So ist für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind nach § 240 Abs. 4 SGB V eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von 3.937,50 Euro zugrunde zu legen.<sup>18</sup> Dies entspricht derzeit einem monatlichen Beitrag von 610,31 Euro mit Krankengeldanspruch und von 586,69 Euro ohne Krankengeldanspruch. Liegt das tatsächliche Einkommen des Versicherten unterhalb dieser Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, so wird die Bemessungsgrundlage auf Antrag des Versicherten auf monatlich bis zu 2.021,25 Euro reduziert. Dies entspricht derzeit einem monatlichen Beitrag von mindestens 313,29 Euro mit Krankengeldanspruch und von mindestens 301,17 Euro ohne Krankengeldanspruch. Als beitragspflichtiges Einkommen zählen dabei nicht wie bei Arbeitnehmern lediglich Arbeitseinkommen, sondern alle Einkommensarten, also insbesondere auch Einkünfte aus Kapitalvermögen und Vermietung- und Verpachtung sowie die Einkommen von Personen, die mit der selbständigen Person in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

Darüber hinaus sieht der Gesetzgeber eine Härtefallregelung vor, welche bei Bezug eines Gründungszuschusses oder anderen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu definierenden Kriterien, zu einer Absenkung der Bemessungsgrundlage auf bis zu 1.347,50 führt. Dies entspricht derzeit einem monatlichen Beitrag von mindestens 208,86 Euro mit Krankengeldanspruch und von mindestens 200,78 Euro ohne Krankengeldanspruch. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt allerdings einen Härtefall generell aus, wenn der Versicherte bzw. eine mit dem Versicherten in einer Bedarfsgemeinschaft lebende Person positive oder negative Erträge aus Vermietung und Verpachtung, steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen oder ein das Vierfache der monatlichen Bezugsgröße übersteigendes Vermögen aufweist.<sup>19</sup>

Ein Selbstständiger und ein Arbeitnehmer mit dem gleichen Gesamteinkommen werden also dann ungleich behandelt, wenn das Gesamteinkommen des Arbeitnehmers nicht nur aus dem Lohneinkommen, sondern auch aus weiteren Einkünften besteht oder er in einer Bedarfsgemeinschaft lebt. Die Ungleichbehandlung von Individuen mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit lässt sich generell nicht begründen. Sie erhöht zusätzlich die Wahrscheinlichkeit der Nicht-Zahlung von Beiträgen, da eine finanzielle Überforderung der Selbstständigen entstehen kann, wenn die Mindestbemessungsgrundlage höher als das tatsächliche Einkommen des Selbstständigen ist.

Im Hinblick auf eine Beseitigung dieser Ungleichbehandlung zwischen Arbeitnehmern und Selbstständigen in der GKV erscheint zunächst eine Abschaffung der Mindestbeitrags-

---

<sup>18</sup> Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige entspricht der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitnehmer, so dass Selbstständige standardmäßig den Höchstsatz bezahlen.

<sup>19</sup> Vgl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2011).

bemessungsgrundlage sinnvoll, um eine finanzielle Überforderung von Selbständigen zu vermeiden. Darüber hinaus kann eine Gleichbehandlung auf drei Arten erreicht werden: Erstens indem bei Selbständigen genau wie bei Arbeitnehmern nicht alle Einkommensarten berücksichtigt werden.<sup>20</sup> Zweitens indem bei Arbeitnehmern genau wie bei Selbständigen die Beitragsmessungsgrundlage verbreitert wird, was zu sinkenden Beiträgen für alle Versicherten führen würde.<sup>21</sup> Drittens könnte die GKV auf ein Pauschalprämienmodell umgestellt werden und die Umverteilung vom Versicherungssystem in das Steuer-Transfer-System verlagert werden.<sup>22</sup>

## **5. Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der PKV**

Die beiden unterschiedlichen Kostenarten, die durch die Weiterversicherung von Nicht-Zahlern entstehen, sowohl durch die Gewährung der Notfallversorgung, als auch im Falle einer Rückkehr in den Vollversicherungsschutz aufgrund von Bedürftigkeit, sind in der PKV im Vergleich zur GKV deutlicher zu unterscheiden und erfordern eine differenziertere Betrachtung.

### **5.1. Bedürftige Nicht-Zahler in der PKV**

Nichtzahler, die bedürftig werden, haben einen Anspruch auf die Rückkehr in einen Vollversicherungsschutz. Dieser Anspruch besteht gegenüber der Gesellschaft, welche den Mindeststandard festlegt. Wie alle anderen Grundsicherungsleistungen auch, müssen die Kosten, die mit der Rückkehr in den Vollversicherungsschutz verbunden sind, also auch von der Gemeinschaft der Steuerzahler finanziert werden.

Die praktische Umsetzung dieses Punktes in der PKV ist allerdings im Gegensatz zur GKV komplexer. Der Kalkulation eines privaten Krankenversicherungsvertrags mit risikoäquivalenten Prämien und der Bildung von Altersrückstellungen liegt die Annahme einer durchgehenden Prämienzahlung zugrunde. Die Prämienhöhe für einen vollen Versicherungsschutz orientiert sich bei einer privaten Krankenversicherung immer an den erwarteten Aufwendungen für ihre Versicherten heute und in Zukunft, während in der GKV immer nur die Kosten der laufenden Periode zum Tragen kommen. Werden während der Phase der Nicht-Zahlung keine Altersrückstellungen für zukünftige Kosten aufgebaut, so ist die Prämie für einen Vollversicherungsschutz zum späteren Zeitpunkt höher.

---

<sup>20</sup> Die GKV-Beiträge bei Selbständigen lediglich am Betriebsergebnis festzumachen eröffnet allerdings weitreichende Missbrauchsmöglichkeiten. Während das beitragspflichtige Einkommen für Arbeitnehmer kaum manipulierbar ist, können Selbständige von Unternehmerlohn in Kapitalerträge umschichten.

<sup>21</sup> Für eine kritische Diskussion dieses, als Bürgerversicherung bekannten, Vorschlags siehe Arentz / Läufer (2013).

<sup>22</sup> Vgl. Zimmermann (2007).

Aufgrund der fehlenden Altersrückstellungen müssten die Prämien bei Rückkehr in einen Vollversicherungsschutz entsprechend steigen, um die fehlenden Altersrückstellungen nachzufinanzieren. Ohne die höheren Prämien zur Nachfinanzierung der fehlenden Altersrückstellungen bzw. dem einmaligen Ausgleich der fehlenden Altersrückstellungen würde ansonsten das aufnehmende Versichertenkollektiv geschädigt. Die offene Frage ist, ob der Steuerzahler für die fehlenden Altersrückstellungen aufkommen soll, um dem Versicherten wieder einen vollen Leistungsumfang in der PKV zu ermöglichen.<sup>23</sup> Weil die Gesellschaft bedürftigen Personen einen Vollversicherungsschutz garantiert, müsste die Gewährung dieser Garantie daher von der gesamten Gesellschaft getragen werden.

Auch wenn ein derartiger Umgang mit Nicht-Zahlern systematisch wäre, bestünde aufgrund der im Gegensatz zur GKV offengelegten Belastung für den Steuerzahler die Gefahr, dass diese Steuerzahlungen in der politischen Diskussion als ungerechtfertigte Subvention der privaten Krankenversicherung dargestellt würden.<sup>24</sup> Tatsächlich sind diese hohen Kosten nichts anderes als der Preis dafür, dass sich trotz Versicherungspflicht ein Trittbrettfahren nicht vollständig vermeiden lässt und man niemandem im Fall von Bedürftigkeit die gesellschaftliche Unterstützung in Form eines vollen Krankenversicherungsschutzes verwehrt.<sup>25</sup>

In der GKV werden diese Kosten nicht offengelegt, sondern aufgrund der Systematik des Umlageverfahrens auf zukünftige Beitragszahler verschoben. Über alle Generationen hinweg betrachtet, sind die Belastungen in beiden Systemen jedoch im Barwert gleich hoch.

Sollen alle im Zusammenhang mit dem Eintritt der Bedürftigkeit im jeweiligen System offengelegten Kosten durch den Steuerzahler getragen werden, so ergibt sich in der PKV ein höherer Steuerausgleichsanspruch als in der GKV, weil systembedingt in der GKV nicht alle Lasten offengelegt werden.

## 5.2. Beurteilung der alten gesetzlichen Regelung

Gemäß der alten Gesetzeslage wurden die durch Nicht-Zahler in der PKV entstehenden Lasten von der PKV-Versichertengemeinschaft getragen. Vorgesehen war, dass bei Nicht-Zahlung das Versicherungsverhältnis ruhend gestellt wurde. Dies bedeutete, dass der Versicherte lediglich einen Anspruch auf eine Notfallversorgung hatte. Für die Versicherung galt jedoch, dass sie für den Nicht-Zahler genauso hohe Altersrückstellungen aufbauen musste wie für einen Zahler im gleichen Tarif. Sofern der Nicht-Zahler die offenen

---

<sup>23</sup> Theoretisch könnte der Steuerzahler dem bedürftig gewordenen Nicht-Zahler einen Kredit zur Nachfinanzierung der fehlenden Altersrückstellungen gewähren.

<sup>24</sup> Diese Gefahr bestünde, weil die Kosten zur Versicherung bedürftig gewordener Nicht-Zahler für den Steuerzahler dann in der PKV deutlich höher wären als in der GKV. Dies liegt allerdings daran, dass in der umlagefinanzierten GKV keine Vorsorge in Form von Altersrückstellungen gebildet wird und somit Lasten auf zukünftige Beitragszahler verschoben werden.

<sup>25</sup> Alternativ könnte der Steuerzahler die akuten Behandlungskosten direkt übernehmen. Die Vorgehensweise ist bereits heute für Sozialhilfeempfänger möglich.

Prämienzahlungen nicht innerhalb eines Jahres vollständig bezahlt hatte, wurde der Versicherte in den Basistarif überführt. Da die Verluste, die die Versicherungen im Basistarif erleiden, über einen Risikopool umgelegt werden, mussten ab diesem Zeitpunkt die durch Nicht-Zahler entstehenden Lasten von den Versicherten aller PKVen getragen werden.

Diese Ausgestaltung erscheint problematisch. Zum einen wurden die Lasten, welche durch die Bildung von Altersrückstellungen für Nicht-Zahler entstanden, pauschal auf alle Versicherte umgelegt. Entsprechend der Systematik der PKV hätten allerdings lediglich die Versicherten der entsprechenden Alterskohorte belasten werden dürfen, damit keine Lasten auf zukünftige Generationen verschoben werden. Darüber hinaus nahm die vorgeschriebene Höhe der Altersrückstellungen einen nicht erforderlichen Umfang an. Im Gegensatz zu Zahlern wird für Nicht-Zahler in demselben Tarif eine geringere Altersrückstellung benötigt, da für dauerhaft nicht bedürftige Nicht-Zahler lediglich Rückstellungen zur Abdeckung der Notfallversorgung, also eines im Vergleich zur Vollversicherung deutlich reduzierten Leistungsumfangs, benötigt werden.<sup>26</sup> Höhere Altersrückstellungen werden nur für die Dauer der Bedürftigkeit eines Nicht-Zahlers benötigt, allerdings werden nicht alle Nicht-Zahler bedürftig. Insofern führte die Pflicht, für Nicht-Zahler genauso hohe Altersrückstellungen zu bilden wie für Zahler im gleichen Tarif, zu einer unnötigen Belastung der Versicherten.

Darüber hinaus war auch die Vorschrift, dass Nicht-Zahler in den Basistarif überführt werden, wenn diese nicht innerhalb eines Jahres die offenen Prämienzahlungen vollständig bezahlt hatten, problematisch. Die Prämien im Basistarif sind aufgrund der nicht risikoäquivalenten Beitragserhebung sowie des schlechten Risikopools<sup>27</sup> häufig höher als in den normalen Tarifen der PKV, so dass die Überführung in den Basistarif für den Versicherten eine Erhöhung der Prämienbelastung und damit eine höhere Verschuldung bedeutete.

### **5.3. Beurteilung der neuen gesetzlichen Regelung**

Der Gesetzgeber hat auf das Problem der Nicht-Zahler mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ reagiert. Dieses sieht für die PKV vor, dass Nicht-Zahler nach einem standardisierten Mahnverfahren in einen Notlagentarif überführt werden, welcher für eine kostendeckende Pauschalprämie von etwa 100 Euro im Monat eine Notfallversorgung bietet. Im Gegensatz zur alten Gesetzeslage müssen die Krankenversicherungen im Notlagentarif aber keine Altersrückstellungen bilden, sondern dürfen monatlich bis zu 25 % der monatlichen Prämie aus den bereits gebildeten Altersrückstellungen entnehmen, um nicht ausreichende Prämienzahlungen auszugleichen.

---

<sup>26</sup> Dies gilt unter der zuvor dargelegten Prämisse, dass eine dauerhafte Versorgung auf Notfallniveau für nicht bedürftige Personen gesellschaftlich akzeptiert ist.

<sup>27</sup> Vgl. Eekhoff et.al. (2008), S. 49.

Hat der Versicherte seine Prämienrückstände beglichen, darf dieser ohne Rückzahlung der fehlenden Altersrückstellungen in seinen ursprünglichen Tarif zurückkehren.

Der Notlagentarif in der PKV reduziert bei Zahlungsproblemen die monatliche Belastung des Versicherten und verhindert somit die Aufsummierung hoher Schulden. Da das ursprüngliche Versicherungsverhältnis während der Zeit im Notlagentarif ruht, darf der Versicherte nach Begleichung seiner Schulden in den ursprünglichen Versicherungstarif zurückkehren. Im Vergleich zur alten Gesetzeslage stellt dies eine Verbesserung für die Versicherten da, weil die zur Rückkehr in den Ursprungstarif zu zahlende Schuld durch den Notlagentarif geringer ausfällt. Derzeit erhöhen sich die Prämien schulden eines Nicht-Zahlers im Basistarif um bis zu 610,31 € pro Monat, während die Prämien schulden im Notlagentarif lediglich aus der Prämie von etwa 100 € abzüglich etwa 25 € verbrauchter Altersrückstellung bestehen.

Auch für die Unternehmen der PKV ist der Notlagentarif kurzfristig eindeutig vorteilhaft. Durch den Wegfall der Verpflichtung zur Bildung von Altersrückstellungen können die durch Nicht-Zahler entstehenden Kosten für die PKVen zunächst in engen Grenzen gehalten werden. Für PKVen ergibt sich kurzfristig also selbst dann ein finanzieller Vorteil, wenn Versicherte die im Notlagentarif vorgesehene Prämie von etwa 100 € auch nicht bezahlen.

Bei langfristiger Betrachtung ist allerdings unklar, ob sich für die PKVen bzw. für die Versichertengemeinschaft durch den Notlagentarif ein finanzieller Vorteil ergibt. Einerseits ist dies denkbar, wenn die durch Nicht-Zahler entstehenden langfristigen Kosten durch den Notlagentarif reduziert werden könnten. Aufgrund der im Notlagentarif reduzierten Prämien schuld ist es für einen Nicht-Zahler mit einem geringeren finanziellen Aufwand möglich, die Zahlungsrückstände zu begleichen und damit wieder in einen Normaltarif mit höheren Leistungen zurückkehren zu können. Gelingt es nur aufgrund der Existenz des Notlagentarifs, einer signifikanten Anzahl von Nicht-Zahlern wieder zu Zahlern zu werden, so könnte der Notlagentarif für die PKV bzw. die Versichertengemeinschaft langfristig eine Besserstellung bedeuten.

Andererseits ist es denkbar, dass der Notlagentarif für die PKV bzw. die Versichertengemeinschaft langfristig eine Schlechterstellung darstellt. Derzeit spiegeln sich die Kosten, die der Versicherung durch Nicht-Zahler entstehen, in vollem Umfang in der Schuld wider, die beim Nicht-Zahler anfällt. Durch den Notlagentarif kann sich dies verändern: Die formale Schuld des Versicherten besteht nur in der Prämien schuld im Notlagentarif. Bei einer Rückkehr in den ursprünglichen Versicherungstarif spiegelt diese aber nicht die vollen langfristigen Kosten für die Versicherung wider. Da während des Verbleibs im Notlagentarif keine Altersrückstellungen aufgebaut wurden, fehlen diese, wenn der Versicherte irgendwann in seinen ursprünglichen Versicherungstarif zurückkehrt. Durch den Aufbau von Altersrück-

stellungen leistet der Versicherte Vorsorge für die mit zunehmendem Lebensalter steigenden Gesundheitsausgaben. Die neue Gesetzeslage sieht vor, dass der Versicherte ohne Rückzahlung der während des Fortbestands des Versicherungsverhältnisses im Notlagentarif nicht aufgebauten Altersrückstellungen in seinen ursprünglichen Versicherungstarif zurückkehren kann. Der Versicherte kommt somit ohne (ausreichend) Vorsorge für die mit zunehmendem Lebensalter steigenden Gesundheitsausgaben in das Tarifkollektiv zurück, so dass die anderen Versicherten dessen erhöhte Kosten über ihre Prämien mitfinanzieren oder die Gewinne der Versicherung sinken müssen.

Inwiefern die Kosten, die der Versicherung durch die Nicht-Zahler entstehen, mit der formalen Schuld des Versicherten übereinstimmen, ist nur dann von praktischer Relevanz, wenn davon ausgegangen werden kann, dass ein Teil der heutigen Nicht-Zahler irgendwann wieder zahlungsfähig bzw. -willig wird. In diesem Fall ergibt sich durch den Notlagentarif im Vergleich zur alten Gesetzeslage eine Schlechterstellung der Versichertengemeinschaft. Dies liegt daran, dass die Versicherung zuvor die Kosten, die durch Nicht-Zahler entstehen, theoretisch in vollem Umfang beim Versicherten eintreiben konnte, während durch den Notlagentarif ein Teil der Kosten unwiederbringlich auf die Versichertengemeinschaft überwälzt wird.

Wird demgegenüber angenommen, dass die heutigen Nicht-Zahler dauerhaft nicht in der Lage sind, ihre Schulden zu begleichen, so werden die Lasten, die mit den mit zunehmendem Lebensalter ansteigenden Gesundheitskosten einhergehen, innerhalb des umlagefinanzierten Notlagentarifs<sup>28</sup> in die Zukunft verschoben.

Weiterhin denkbar ist zudem, dass sich die Kosten, die der PKV bzw. der Versichertengemeinschaft entstehen, durch den Notlagentarif sogar erhöhen. Dies ist erstens dann der Fall, wenn aufgrund der Existenz des Notlagentarifs mehr Versicherte zu Nicht-Zahlern werden:

So kann es für eine zahlungsfähige Person eine rentable Strategie sein, die Prämienzahlung einzustellen, um sich in den Notlagentarif herunterstufen zu lassen. Solange die Person gesund ist, bedeutet dies eine erhebliche finanzielle Ersparnis. Wird die Person krank, kann diese nach Rückzahlung der entstandenen Schulden in ihren ursprünglichen Versicherungstarif zurückkehren und die fehlenden Altersrückstellungen müssen von der Versichertengemeinschaft bzw. aus den Gewinnen der Versicherung getragen werden. Der Notlagentarif kann insofern zum Trittbrettfahren genutzt werden.

---

<sup>28</sup> Aufgrund der kostendeckenden Pauschal-Prämien und dem fehlenden Aufbau von Altersrückstellungen wirkt der Notlagentarif wie ein Umlageverfahren innerhalb des PKV-Tarifsegments.

Ferner könnten PKVen nunmehr Personen mit geringen Einkünften und damit erhöhter Wahrscheinlichkeit, zum Nicht-Zahler zu werden, aufnehmen, welche diese ohne den Notlagentarif und unter der Bedingung, dass die Verluste bei der Versicherung anfallen, abgelehnt hätten. Für die PKV sinkt durch den Notlagentarif das mit einem Nicht-Zahler einhergehende kurzfristige Verlustrisiko, welches sie dem kurzfristigen Gewinn aus der Versicherung eines Neukunden gegenüberstellt. Zwar ist nach den reputationsschädigenden öffentlichen Diskussionen über die „Einsteigertarife“ fraglich, ob PKVen bewusst um Geringverdiener werben würden. Denkbar ist allerdings, dass PKVen weniger Anreiz haben, Kosten aufzuwenden, um die Bonität von Neukunden zu prüfen. Eine solche Strategie wäre für eine PKV langfristig nicht gewinnmaximal, allerdings kann dadurch eine kurzfristige Gewinnsteigerung erreicht werden.

Insgesamt bleiben die langfristigen finanziellen Folgen der Einführung eines Notlagentarifs für die Versichertengemeinschaft somit unklar. Dem finanziellen Vorteil, der sich aus dem für Nicht-Zahler erhöhten Anreiz, ihre Prämien wieder zu entrichten, ergibt, steht ein finanzieller Nachteil durch die nun fehlende Möglichkeit, die fehlenden Altersrückstellungen einzutreiben, gegenüber. Bei theoretischer Betrachtung bleibt daher unklar, welcher Effekt überwiegt. Allerdings stellt der Notlagentarif einen Bruch mit der Systematik des PKV-Systems dar, nach dem keine Lasten in die Zukunft verschoben werden, sondern für heute absehbare Lasten Vorsorge in Form von Altersrückstellungen getroffen wird. Dies ist zum einen deshalb der Fall, weil der Notlagentarif aufgrund der kostendeckenden Pauschal-Prämien und dem fehlenden Aufbau von Altersrückstellungen wie ein Umlageverfahren innerhalb des PKV-Tarifsegments wirkt. Doch selbst wenn, wie vom Bund der Versicherten<sup>29</sup> vorgeschlagen, der Notlagentarif die Bildung von Altersrückstellungen in Höhe einer Notfallversorgung vorsehen würde, so würden dennoch Lasten in die Zukunft verschoben. Denn bereits heute ist absehbar, dass im Notlagentarif versicherte Personen bei Auftreten von Erkrankungen, deren Behandlung nicht im Notlagentarif abgedeckt ist, in der Regel weder die Behandlungskosten noch die Prämienschuld zur Rückkehr in den ursprünglichen Versicherungstarif zahlen können. Diese Personen werden somit in der Regel bedürftig und erhalten damit einen Anspruch auf vollen Krankenversicherungsschutz, für dessen Kosten der Steuerzahler nur in Form der zukünftigen Prämienzahlungen aufkommt, ohne eine Nachzahlung der fehlenden Altersrückstellungen. Obwohl heute absehbar ist, dass ein Teil der heutigen Nicht-Zahler zukünftig bedürftig wird und damit eine Belastung der Versichertengemeinschaft erzeugt, sieht das Gesetz keine Vorsorge für diese Lasten vor. Stattdessen werden diese absehbaren Kosten in die Zukunft verschoben.

---

<sup>29</sup> Vgl. Bund der Versicherten (2013).



## 6. Fazit

Seit der Einführung der Krankenversicherungspflicht stellt sich sowohl in der GKV als auch in der PKV die Frage, wie mit Nicht-Zahlern umzugehen ist. Da bedürftige Personen einen Anspruch auf Übernahme der Krankheitskosten durch die Allgemeinheit haben, besteht vor allem ein Problem mit den durch nicht bedürftige Nicht-Zahler entstehenden Lasten. Jede denkbare Umverteilung dieser Lasten ist zwingend unsystematisch, da zugunsten einer Gruppe nicht bedürftiger Personen umverteilt wird.

Beschränken lassen sich diese Lasten in erster Linie, indem für Krankenkassen und Krankenversicherungen wirtschaftliche Anreize zur Eintreibung dieser offenen Forderungen geschaffen werden. Lediglich bei solchen Forderungen, welche für Krankenkassen und Krankenversicherungen nicht wirtschaftlich eintreibbar sind, stellt sich die Frage, wer diese Lasten zu tragen hat.

In der GKV werden von Nicht-Zahlern heute in Anspruch genommene Notfallleistungen von den heutigen Beitragszahlern gezahlt. Heute bereits absehbare, aber zukünftig anfallende Belastungen durch Nicht-Zahler werden entsprechend der Systematik der umlagefinanzierten GKV auf zukünftige Beitragszahler verschoben und erhöhen somit die implizite Verschuldung der GKV. Schritte zur Reduktion der Anzahl der Nicht-Zahler in der GKV bestehen insbesondere in einer Beseitigung der bestehenden Ungleichbehandlung zwischen Arbeitnehmern und Selbstständigen bei der Beitragsbemessung.

In der PKV ist der Umgang mit Nicht-Zahlern hingegen deutlich diffiziler, da es der Systematik des PKV-System entspricht, für heute absehbare Kosten Vorsorge zu treffen. Die Analyse hat gezeigt, dass durch die alte gesetzliche Regelung das Ausmaß der Vorsorge höher ausfiel als die zukünftig erwarteten Kosten. Es ergab sich insofern eine unnötige Belastung der heutigen Versicherten.

Dem nunmehr beschlossenen Notlagentarif, nach welchem zukünftig auf Vorsorge für heute absehbare Kosten verzichtet werden soll, stehen die Autoren ablehnend gegenüber. Dieser bedeutet einen Bruch mit der Systematik des PKV-Systems, da Lasten in die Zukunft verschoben werden. Dieser Bruch lässt sich auch nicht durch die kurzfristige Entlastung von Nicht-Zahlern und der Unternehmen der PKV bzw. der Versichertengemeinschaft begründen, da die langfristigen finanziellen Folgen der Einführung eines Notlagentarifs auf die PKV bzw. die Versichertengemeinschaft unklar bleiben. Zudem geht von der im Notlagentarif reduzierten Prämienhöhe ein Anreiz zum Freifahren aus, der durch die Einführung der Versicherungspflicht gerade behoben werden sollte.

## Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine / Läufer, Ines (2013): Die Bürgerversicherung – mal wieder die Lösung allen Übels? In: Ordnungspolitischer Kommentar Nr. 06 / 2013 des Instituts für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln und des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsforschung.
- Bund der Versicherten (2013): Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13.05.2013 in Berlin.
- Bundesregierung (2012): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/8757.
- Drabinski, Thomas / Gorr, Claus-Dieter (2012): GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme - Allgemeiner Teil -. Kiel, Juni 2012.
- Eekhoff, Johann / Bünnagel, Vera / Kochskämper, Susanna / Menzel, Kai (2008): Bürgerprivatversicherung. Mohr Siebeck Tübingen.
- Handelsblatt (2013): Wenn PKV-Versicherte nicht zahlen. 18.03.2012. Abzurufen unter: <http://www.handelsblatt.com/finanzen/recht-steuern/streitfall-des-tages/streitfall-des-tages-wenn-pkv-versicherte-nicht-zahlen-seite-all/7945728-all.html> (Stand 15.07.2013 14.00 Uhr).
- n-tv (2013): Nicht-Zahler setzen auch GKV zu. 02.02.2012. Abzurufen unter: <http://www.n-tv.de/politik/Nichtzahler-setzen-auch-GKV-zu-article5390991.html> (Stand 11.07.2013 15.00 Uhr).
- PKV Verband (2013): Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13.05.2013 in Berlin.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2013): Faktenblatt Thema: Beitragsrückstände.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2011): „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von

Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler), vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 30. Mai 2011.

Zimmermann, Anne (2007): Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung : Status quo und Perspektiven der Ausgestaltung. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 132, Köln.