



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Präsidenten des Deutschen Bundestages  
- Parlamentssekretariat -  
11011 Berlin

**Dr. Thomas Gebhart**

Parlamentarischer Staatssekretär  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1020

FAX +49 (0)30 18441-1750

E-MAIL [Thomas.Gebhart@bmg.bund.de](mailto:Thomas.Gebhart@bmg.bund.de)

Berlin, 5. Oktober 2020

**Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE betreffend „Zugang zur Gesundheitsversorgung im Notlagentarif“, BT-Drs. 19/22329**

Sehr geehrter Herr Bundestagspräsident,

namens der Bundesregierung beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragesteller:

Privat Versicherte im Notlagentarif haben kaum Zugang zu einer Gesundheitsversorgung. Das geht aus Schreiben von Betroffenen an die fragstellende Fraktion hervor. Bei in den Notlagentarif eingruppierten Menschen geht es um etwa 102.000 Versicherte (Stand 2018), die Schulden bei ihrer privaten Krankenversicherung haben. Häufig haben sie auch noch andere Zahlungsverpflichtungen. Zahlungsfähig dürfte nur eine Minderheit dieser Personen sein. Nicht selten wachsen ab dem Zeitpunkt der Eingruppierung in den Notlagentarif die Schulden bei der Versicherung noch an. Beitragsschulden in der privaten Krankenversicherung gehen nicht selten auch mit Beitragsschulden in der privaten Pflegepflichtversicherung einher. Allerdings existiert für die private Pflegepflichtversicherung kein Notlagentarif. Zudem droht hier ein Bußgeld von bis zu 2.500 Euro, wenn die Pflegeversicherungsbeiträge länger als 6 Monate nicht entrichtet wurden.

Wenn Versicherte im Notlagentarif eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufsuchen müssen oder ein Medikament benötigen, reichen sie diese Rechnung bei ihrer Krankenversicherung ein. Die Krankenversicherung darf gemäß einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 5. Dezember 2018 (IV ZR 81/18) die Versicherungsansprüche gegen die Beitragsschulden aufrechnen. Versicherte im Notlagentarif müssen die Rechnung also selbst bezahlen, wenn sie die Leistung in Anspruch nehmen wollen oder müssen.

Dazu kommt, dass der Versicherungsschutz im Notlagentarif ohnehin nur sehr lückenhaft ist. Lediglich akute Krankheiten, Schmerzzustände und Schwangerschaftsleistungen sind in diesem Tarif inbegriffen. Zudem gibt es, wie auch bei säumigen Beitragszahlenden in der gesetzlichen

Krankenversicherung und bei Asylsuchenden, Abgrenzungsprobleme, welche Krankheitszustände oder Behandlungsbedarfe dieser Versicherungsschutz umfasst oder wie viel Schmerzen als zumutbar gewertet werden. Hier kommt es regelmäßig auf den Einzelfall und auch darauf an, welche Behandlungen Leistungserbringende, die Krankenversicherung und in letzter Konsequenz Gerichte für innerhalb dieser Regelung liegend erachten. Die Versicherten können das vor Aufsuchen eines Leistungserbringenden schwer selbst einschätzen. Die private Krankenversicherung gibt regelmäßig erst nach Vorlage eines ärztlichen Berichtes Auskunft darüber, ob die Kosten übernommen werden.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung:

Mit den im Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) vorgesehenen Änderungen wurde ab dem 1. August 2013 für säumige Beitragszahler in der privaten Krankenversicherung (PKV) in § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ein Notlagentarif eingeführt. Seitdem werden Beitragsschuldner in der PKV nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt; ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruht währenddessen.

Vor dieser gesetzlichen Änderung wurden die Verträge von privat Krankenversicherten, die Beiträge nicht oder nicht vollständig entrichteten, ruhend gestellt. Diesen privat Krankenversicherten wurden dann nur noch die Kosten für Leistungen der medizinischen Akutversorgung erstattet. Da die Versicherten weiterhin verpflichtet waren, die vollständigen Beiträge ihrer ruhend gestellten Verträge zu zahlen, häuften sich Monat für Monat weiter hohe Beitragsrückstände an.

Im Notlagentarif fällt der Beitrag deutlich niedriger aus als in regulären Tarifen. So wird der Notlagentarif ohne Alterungsrückstellungen und orientiert am Leistungsumfang der Ruhensleistungen kalkuliert. Gesetzlich vorgegeben für den Leistungsumfang des Notlagentarifs ist insbesondere die Aufwendungsersatzung für Leistungen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Aufgrund der niedrigeren Prämie im Notlagentarif sollen Beitragsschuldner in der PKV besser vor finanzieller Überforderung geschützt und gleichzeitig ihre medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen sichergestellt werden. Den Versicherten wird zudem ermöglicht, ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Zahlung aller ausstehenden Beiträge wieder in ihre ursprünglichen Tarife zurückzukehren.

Der Notlagentarif ist ein Tarif für vorübergehende finanzielle Notlagen: Menschen, die aufgrund einer akuten finanziellen Notlage – so z. B. Selbständige, die einen Geschäftseinbruch ausgleichen müssen – ihren Beitrag zur PKV nicht entrichten können, soll damit die Möglichkeit gewährt werden, die Beitragslast für einen begrenzten Zeitraum spürbar zu reduzieren.

Versicherte, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind, dürfen hingegen nicht in den Notlagentarif umgestellt werden. Sie können vielmehr Zuschüsse zu ihrer privaten Krankenversicherung vom zuständigen Träger erhalten und – soweit vom Versicherungsnehmer erwünscht – in den Basistarif der PKV nach § 152 VAG wechseln.

Frage Nr. 1:

Wie viele Versicherte sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit im Notlagentarif eingruppiert?

Antwort:

Zum 30. Juni 2020 galten nach Angaben des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) rund 96.000 Personen als im Notlagentarif versichert.

Frage Nr. 2:

Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittliche Verweildauer im Notlagentarif seit seinem Bestehen entwickelt (bitte nicht nur arithmetisches Mittel, sondern auch Median angeben)?

Antwort

Jahr	durchschnittliche Verweildauer in Monaten	Median der Verweildauer in Monaten
2015	9,94	8,89
2016	13,27	11,71
2017	16,44	15,66
2018	17,40	16,63
2019	20,01	18,54

Quelle: PKV-Verband

Frage Nr. 3:

Wie hat die Bundesregierung auf das oben genannte Urteil des BGH reagiert?

Antwort:

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 5. Dezember 2018 (Az. IV ZR 81/18) festgestellt, dass der private Versicherer im Notlagentarif nicht gehindert ist, mit rückständigen Beiträgen gegen Kostenerstattungsansprüche des Versicherungsnehmers aufzurechnen. Dieser Aspekt war zuvor umstritten und von den Gerichten unterschiedlich bewertet worden. Im Rahmen aktueller Gesetzgebungsvorhaben prüft die Bundesregierung derzeit einen möglichen gesetzlichen Anpassungsbedarf mit Blick auf die Aufrechnungspraxis im Notlagentarif.

Frage Nr. 4:

Ist es politischer Wille der Bundesregierung, dass Versicherte im Notlagentarif Leistungen ihrer Versicherung nur insofern erhalten, als dass bei ihr bestehende Schulden reduziert werden?

Antwort:

Nach Ansicht der Bundesregierung sollen Leistungen im Notlagentarif im vorgesehenen tariflichen Umfang unabhängig von Beitragsrückständen des Versicherungsnehmers gewährt werden.

Frage Nr. 5:

Hat die Bundesregierung geprüft, ob die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts aus Artikel 2 Absatz 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz bestehende Pflicht des Staates zum Schutz der Gesundheit und körperlichen Unversehrtheit mit diesen Regelungen im Notlagentarif erfüllt ist? Falls ja, was ist das Ergebnis dieser Überprüfung und wie begründet die Bundesregierung dieses?

Antwort:

Ja. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) den Notlagentarif geschaffen, um die betroffenen Versicherungsnehmer davor zu bewahren, ihre medizinische Versorgung in akuten Behandlungssituationen zu gefährden, und die Versichertenkollektive vor fortlaufender Quersubventionierung nichtzahlender Versicherter zu schützen.

Frage Nr. 6:

Besteht nach Ansicht der Bundesregierung ein Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen bezüglich Versicherten im

- a) Notlagentarif
- b) Basistarif
- c) bei säumigen Beitragszahlenden in einer ruhend gestellten gesetzlichen Krankenversicherung?

Antwort zu a) und b):

Nach § 75 Absatz 3a Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auch die ärztliche Versorgung der im Basistarif und im Notlagentarif Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen.

Antwort zu c):

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V unter den dort genannten Voraussetzungen ein Ruhen des Leistungsanspruchs für Mitglieder nach den Vorschriften des SGB V vorgesehen, die mit einem Beitrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei

Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Soweit ein Leistungsanspruch auf ärztliche Behandlung besteht, ist dieser als Sachleistung zu erbringen. Der Sicherstellungsauftrag der KVen umfasst auch diesen eingeschränkten Leistungsanspruch, sofern es sich dabei um Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung handelt. Sind Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat die Krankenkasse sie nach § 16 Absatz 3b SGB V schriftlich darauf hinzuweisen, dass sie im Fall der Hilfebedürftigkeit die Übernahme der Beiträge durch den zuständigen Sozialleistungsträger beantragen können. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet gemäß § 16 Absatz 3a Satz 4 SGB V, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden.

Frage Nr. 7:

Ist es nach Ansicht der Bundesregierung richtig, dass eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer bei Behandlung eines im Notlagentarif Versicherten seine Forderungen ausschließlich gegenüber dem Versicherten geltend machen kann?

Antwort:

Derzeit sieht das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für den Notlagentarif keinen Anspruch auf Direktabrechnung zwischen Versicherer und Leistungserbringer vor.

Frage Nr. 8:

Ist es nach Ansicht der Bundesregierung richtig, dass eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer bei Behandlung eines im Basistarif Versicherten seine Forderungen sowohl gegenüber dem Versicherten als auch gegenüber der Versicherung geltend machen kann, die gesamtschuldnerisch haften?

Antwort:

§ 192 Absatz 7 Satz 1 VVG sieht die Möglichkeit einer Direktabrechnung zwischen Versicherer und Leistungserbringer für im Basistarif Versicherte vor.

Frage Nr. 9:

Weshalb wird dieser Unterschied zwischen Notlagentarif und Basistarif gemacht und weshalb hat die Bundesregierung bislang keine Initiative ergriffen, den Notlagentarif in § 192 Abs. 7 Versicherungsvertragsgesetz einzufügen?

Antwort:

Im Rahmen aktueller Gesetzgebungsvorhaben prüft die Bundesregierung derzeit auch in dieser Hinsicht einen möglichen gesetzlichen Anpassungsbedarf. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

Frage Nr. 10:

Sieht es die Bundesregierung als gerechtfertigt an, Leistungserbringende bei Notlagentarif-Versicherten in eine schlechtere Durchsetzungsposition bezüglich ihrer Forderungen zu stellen als wenn sie Basistarif-Versicherte behandeln (bitte begründen)?

Frage Nr. 11:

Ist es nach Ansicht der Bundesregierung ferner richtig, dass bei säumigen Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung die Krankenkasse ihre Leistungen per Sachleistungsprinzip erbringt und eine Aufrechnung deshalb von vorneherein unmöglich ist?

Frage Nr. 12:

Ist nach Auffassung der Bundesregierung diese schlechtere Position der Notlagentarif-Versicherten gegenüber säumigen Beitragszahlenden in einer ruhend gestellten gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt, zumal in beiden Fällen der gleiche Tatbestand besteht, namentlich dass Beiträge zur Krankenversicherung ohne sozialrechtlich festgestellte Hilfebedürftigkeit nicht gezahlt werden, und sieht die Bundesregierung hier Handlungsbedarf?

Antwort:

Die Fragen 10 bis 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Leistungserbringer, die im Notlagentarif Versicherte behandeln, sind bislang in der gleichen Durchsetzungsposition bezüglich ihrer Forderungen wie im jeweiligen Ursprungstarif der Betroffenen.

Ein Vergleich zwischen GKV und PKV erscheint in diesem Zusammenhang nicht sachgerecht. Die in der GKV vom Ruhen ausgenommenen Leistungen werden von den Krankenkassen als Sachleistungen erbracht. Es bestehen insofern Vertragsbeziehungen zwischen der GKV und der Leistungserbringerseite zu Art und Umfang der Vergütung. Aufgrund des Sachleistungsprinzips kommt daher in Bezug auf diese Leistungen eine Aufrechnung nicht in Betracht.

In der PKV schließt grundsätzlich der Versicherungsnehmer selbst einen Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer ab, der unter anderem die Vergütung umfasst. Für die Erstattung dieser Behandlungskosten wiederum hat der Versicherungsnehmer einen Vertrag mit einem Versicherer abgeschlossen. Anders als in der GKV entsteht damit in der PKV grundsätzlich keine Vertragsbeziehung zwischen Leistungserbringer und Versicherungsunternehmen.

Die Bundesregierung prüft derzeit im Rahmen aktueller Gesetzgebungsvorhaben einen möglichen gesetzlichen Anpassungsbedarf, um die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung von im Notlagentarif Versicherten zu verbessern und um das Forderungsausfallrisiko auf Seiten der Leistungserbringer zu reduzieren.

Frage Nr. 13:

Welche Effekte vermutet die Bundesregierung in Bezug auf die Motivation der Leistungserbringenden, die mit einiger Wahrscheinlichkeit mittellosen Versicherten im Notlagentarif zu behandeln, wenn weder Sachleistungsprinzip noch die gesamtschuldnerische Haftung von Versicherten mit der Versicherung vorliegt?

Frage Nr. 14:

Ist dies nach Auffassung der Bundesregierung gerechtfertigt, falls Antwort auf Frage 6 a) und b) bzw. 6 a) und c) einen bestehenden Sicherstellungsauftrag bejahen, und sieht die Bundesregierung hier Handlungsbedarf?

Frage Nr. 15:

Ist nach Auffassung der Bundesregierung der Unterschied zu Basistarif-Versicherten in Anbetracht dessen gerechtfertigt, dass ein Leistungsanspruch gerade bei im Notlagentarif versicherten Menschen ohnehin in der Regel nur bei unaufschiebbarem Behandlungsbedarf besteht, und sieht die Bundesregierung hier Handlungsbedarf?

Antwort:

Die Fragen 13 bis 15 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung prüft derzeit im Rahmen aktueller Gesetzgebungsvorhaben einen möglichen gesetzlichen Anpassungsbedarf, um die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung von im Notlagentarif Versicherten zu verbessern und um das Forderungsausfallrisiko auf Seiten der Leistungserbringer zu reduzieren.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Antwort auf Frage 6 verwiesen.

Frage Nr. 16:

Ist es nach Ansicht der Bundesregierung richtig, dass im Notlagentarif die Arztrechnungen nach höheren Steigerungsfaktoren (wie im Standardtarif) nach der Gebührenordnung der Ärzte an die Versicherten gestellt werden als die auch von den Versicherungen gesamtschuldnerisch zu tragenden Forderungen im Basistarif? Wenn ja, wie begründet die Bundesregierung dies? Erachtet sie es als hilfreich in Bezug auf die Möglichkeiten der Versicherten, Leistungen tatsächlich in Anspruch zu nehmen und plant sie Änderungen an diesen Regelungen?

Antwort:

Solange und soweit die KVen oder die KBV und der PKV-Verband keine abweichende vertragliche Vereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V getroffen haben, gelten auch für die im Notlagentar-

rif versicherten ärztlichen Leistungen die in § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V festgelegten Begrenzungen in Bezug auf die für diese Leistungen höchstens berechnungsfähigen Gebührensätze der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ).

Eine solche Vereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V besteht derzeit nur für die im Basistarif versicherten ärztlichen Leistungen. Insoweit gelten derzeit für die im Standardtarif und im Notlagentarif versicherten ärztlichen Leistungen die in § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V genannten und von der Vereinbarung zum Basistarif abweichende Begrenzungen für die ärztlichen Vergütungen. Es steht den KVen oder der KBV und dem PKV-Verband frei, für die im Notlagentarif versicherten ärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V zu treffen. Eine Änderung der genannten Regelungen im § 75 Absatz 3a SGB V ist derzeit nicht beabsichtigt.

Frage Nr. 17:

Was ist der Bundesregierung bei Notlagentarif-Versicherten bekannt über

- a) die Krankheitslast,
- b) das Inanspruchnahmeverhalten bei Behandlungsbedürftigkeit,
- c) die Einkommenssituation,
- d) die Vermögenssituation,
- e) das Alter
- f) die Gründe, keine Grundsicherungsleistungen zu beantragen oder zu erhalten?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zu den in den Buchstaben a) bis d) und f) genannten Merkmalen vor. Zum Alter der Personen, die im Notlagentarif versichert sind (Buchstabe e), können folgende Angaben gemacht werden:

Altersgruppe	Anteil NLT-Versicherte in Prozent	Anzahl NLT-Versicherte (absolute Zahlen)
bis 10 Jahre	2,32%	2.227
11 bis 20 Jahre	5,20%	4.992
21 bis 30 Jahre	4,46%	4.282
31 bis 40 Jahre	14,45%	13.872
41 bis 50 Jahre	23,87%	22.915
51 bis 60 Jahre	27,03%	25.949
61 bis 70 Jahre	15,99%	15.350
71 bis 80 Jahre	5,80%	5.568
81 bis 90 Jahre	0,83%	797
91 bis 100 Jahre	0,05%	48
gesamt	100,00%	96.000

Quelle: PKV-Verband

Frage Nr. 18:

Falls zu den Merkmalen in Frage 17 wenig bekannt ist, ist es ein Anliegen der Bundesregierung hierüber mehr zu erfahren und wenn ja, plant die Bundesregierung hierzu Studien selbst durchzuführen oder zu beauftragen?

Antwort:

Derzeit sind keine entsprechenden Studien geplant.

Frage Nr. 19:

Kann die Bundesregierung ausschließen, dass es sich bei Versicherten im Notlagentarif auch um solche handelt, bei denen der Wille zur Begleichung ihrer Schulden zwar vorhanden ist, trotz fehlender sozialrechtlich festgestellter Hilfebedürftigkeit die Lebenssituation dies aber nicht zulässt?

Antwort:

Die individuellen Gründe für das Nichtzahlen von Beiträgen fallen unterschiedlich aus. Ohne eine Darstellung konkreter Sachverhalte kann diese Frage daher nicht beantwortet werden.

Sofern ein Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne der bestehenden sozialen Sicherungssysteme nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist, stehen andere Absicherungsmöglichkeiten als eine Versicherung im Notlagentarif zur Verfügung.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

Frage Nr. 20:

Bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung Unterschiede im Leistungsanspruch von Notlagentarif-Versicherten, säumigen Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung und Asylsuchenden während der ersten 18 Monate ihres Aufenthaltes? Wenn ja, welche und kann die Bundesregierung hierzu konkrete Beispiele geben?

Antwort:

Unterschiede im Leistungsanspruch kann es nach Kenntnis der Bundesregierung wegen der Systemunterschiede zwischen PKV und GKV geben. Ebenso kann es zu Unterschieden im Leistungsanspruch von Asylsuchenden kommen.

Die Leistungen im Notlagentarif sind bei allen privaten Versicherungsunternehmen entsprechend der brancheneinheitlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gleich. Gesetzlich vorgegeben für den Leistungsumfang ist insbesondere, dass die Aufwendererstattung für Leistungen vorgesehen ist, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Der Leistungsumfang ist in den AVB des Notlagentarifs konkretisiert, die durch den PKV-Verband festgelegt und durch das aufsichtführende Bundesministerium der Finanzen genehmigt wurden.

Im Recht der GKV ist nach § 16 Absatz 3a SGB V unter den dort genannten Voraussetzungen ein Ruhen des Leistungsanspruchs für Mitglieder nach den Vorschriften des SGB V vorgesehen, die mit einem Beitrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Der Umfang des eingeschränkten Leistungsanspruchs ist im Einzelfall zu klären.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie weitere nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) leistungsberechtigte Personen erhalten regelmäßig während der ersten 18 Monate des Aufenthalts im Bundesgebiet Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. § 4 AsylbLG enthält dabei u. a. einen Anspruch der Leistungsberechtigten auf medizinische Versorgung zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände und gewährleistet ferner die Erbringung von Schutzimpfungen, medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sowie Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten. Darüber hinaus können weitergehende Leistungen nach der Härtefallregelung des § 6 AsylbLG gewährt werden, sofern diese im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Durch das eingeräumte Ermessen wird der zuständigen Behörde dabei die Berücksichtigung sämtlicher Umstände des Einzelfalles ermöglicht.

Frage Nr. 21:

Wie gestaltet sich nach Kenntnis der Bundesregierung das Verhältnis von Beitragsschulden und privater Pflegepflichtversicherung?

- a) Können auch Schulden in der Pflegepflichtversicherung zu einer Aufrechnung mit Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung hinzugezogen werden?
- b) Können auch Schulden in der Krankenversicherung zu einer Aufrechnung mit Versicherungsleistungen in der Pflegepflichtversicherung hinzugezogen werden?
- c) Welche Auswirkungen hat eine Einstufung im Notlagentarif der Krankenversicherung für die Pflegepflichtversicherung?
- d) Welche Auswirkungen auf die Versorgung in der Langzeitpflege können Beitragsschulden in der Pflegepflichtversicherung haben?
- e) Werden bei Schulden sowohl in der privaten Kranken- als auch Pflegeversicherung erfolgte monatliche, aber nicht ausreichende Teilzahlungen vorrangig der Kranken- oder der Pflegeversicherung gutgeschrieben? Kann der/die Versicherte bestimmen, für welchen Versicherungszweig er/sie vorrangig einzahlt oder darf die Versicherung bestimmen, in welchem Versicherungszweig sie die eingezahlten Beiträge vorrangig verwendet?

Antwort:

Der Versicherungsvertrag in der privaten Pflege-Pflichtversicherung muss Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vgl. § 23 Absatz 1 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI). Außerdem legt § 110 SGB XI Rahmenbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung fest. Hierzu zählt neben dem

Kontrahierungszwang und einer Begrenzung der Prämien der Höhe nach insbesondere, dass Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen ausgeschlossen sind, solange der Kontrahierungszwang besteht. Dies gilt auch bei Verzug des Versicherungsnehmers mit der Entrichtung von Prämien. Ferner gelten die Schutzvorschriften des § 110 Absatz 1 Nummer 1 und 2 Buchstabe a bis f SGB XI (z. B. kein Ausschluss von Vorerkrankungen, kein Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen, keine Prämienhöhe, die – unabhängig von der Vorversicherungszeit – den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt) auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif der PKV versichert sind (vgl. § 110 Absatz 2 Satz 2 SGB XI). Auch darf der Beitrag für diese Personen 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen, wenn sich ihr Beitrag zur Krankenversicherung nach § 152 Absatz 4 VAG vermindert (vgl. § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI). Würde zudem allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach § 110 Absatz 2 Satz 2 SGB XI Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII entstehen, darf der Beitrag 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen (vgl. § 110 Absatz 2 Satz 4 SGB XI). Für den Fall, dass der Versicherte vorsätzlich oder leichtfertig mit der Entrichtung seiner Prämien im Verzug ist, sieht § 121 Absatz 1 Nummer 6 und Absatz 2 SGB XI die Möglichkeit der Verhängung einer Geldbuße vor.

Das SGB XI sieht für die private Pflege-Pflichtversicherung keinen Notlagentarif vor. Ebenso wenig findet sich im VAG eine entsprechende Regelung. Hintergrund ist der im Vergleich zur PKV geringe monatliche Beitrag zur privaten Pflege-Pflichtversicherung, so dass der Gedanke des Notlagentarifs, den Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen, nicht zum Tragen kommt. Folglich hat die Überführung des Versicherten in den Notlagentarif der PKV keine Auswirkungen auf die bestehende private Pflege-Pflichtversicherung und ihre Leistungen.

Nach § 396 Absatz 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) kann grundsätzlich der aufrechnende Teil die Forderungen bestimmen, die gegeneinander aufgerechnet werden sollen. Wird die Aufrechnung ohne eine solche Bestimmung erklärt oder widerspricht der andere Teil unverzüglich, so wird nach § 396 Absatz 1 Satz 2 i. V. m. § 366 Absatz 2 BGB zunächst gegen die fällige Schuld aufgerechnet, unter mehreren fälligen Schulden gegen diejenige, die dem Gläubiger die geringere Sicherheit bietet, unter mehreren gleich sicheren gegen die dem Schuldner lästigere, unter mehreren gleich lästigen gegen die ältere und bei gleichem Alter gegen jede Schuld verhältnismäßig aufgerechnet.

Zu Frage 21 Buchstabe e) liegen der Bundesregierung im Übrigen keine Erkenntnisse vor.

Frage Nr. 22:

Wie viele Leistungsverträge der Privaten Pflegepflichtversicherung wurden nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich seit 2017

- a) tariflich nach §204 VVG angepasst,
- b) gekündigt

und wie hoch ist die jeweilige Zahl der Bußgeldverfahren nach § 121 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Antwort:

Mit den Änderungen des SGB XI durch das Erste Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) und durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wurden die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich ausgeweitet und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die damit verbundenen erheblichen Mehrleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen führen auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu einer entsprechenden Ausweitung des Versicherungsschutzes, der ohne gleichzeitige Stärkung der Finanzierungsgrundlage nicht umsetzbar ist. Vor diesem Hintergrund wurden laut Auskunft des PKV-Verbandes seit dem Jahr 2017 alle Verträge der privaten Pflege-Pflichtversicherung angepasst, ggf. auch mehrfach.

Informationen zur Zahl der Kündigungen liegen der Bundesregierung nicht vor. Laut Auskunft des PKV-Verbandes gibt es vielfältige Kündigungsgründe auf Seiten der Versicherten. Zu denken ist beispielsweise an die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder an einen Wechsel in die Familienversicherung. Solange der Kontrahierungszwang besteht, berechtigt die Nichtentrichtung von Prämien Versicherungsunternehmen nicht – wie in der Antwort auf die Frage Nr. 21 Buchstabe a) bis e) dargestellt – zur Kündigung.

Über die durchgeführten Bußgeldverfahren liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

Mit freundlichen Grüßen

