



PKV

**Verband der privaten
Krankenversicherung**

(13) Ausschuss für Ge-
sundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0008

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung

zum Gesetzentwurf zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz- BSSichG); Bundestagsdrucksache 15/28

Köln, den 8. November 2002

Hiermit nehmen wir zum o.g. Gesetzesentwurf wie folgt Stellung:

I. Regelungen über die Jahresarbeitsentgeltgrenze

1. § 6 SGB V (Art. 1 Nr. 1 BSSichG)

Anhebung der Versicherungspflichtgrenze

Durch die Neuregelungen in § 6 SGB V durch Art. 1 Nr. 1 BSSichG wird das über 30 Jahren bewährte System der „Friedensgrenze“ durchbrochen, auf das Versicherte in GKV und PKV sowie Versicherungsunternehmen vertrauen durften:

Die Versicherungspflichtgrenze wird um über 13 % angehoben. Der PKV-Verband spricht sich mit Nachdruck gegen die geplante Anhebung der Versicherungspflichtgrenze aus:

- Sie schränkt einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen PKV und GKV ein.
- Sie nimmt fast 800.000 Arbeitnehmern die Wahlfreiheit.
- Die Anhebung nützt der GKV nicht. Der Vorsitzende des Sachverständigenrates, Prof. Wille, hat ausgerechnet, dass selbst bei einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf 4.500 Euro die GKV erst nach 16 Jahren um 0,1 % entlastet werden würde.
- Ein demographieresistentes System wird geschwächt mit der Folge, dass das demographische Risiko in der Krankenversicherung insgesamt steigt.

Auch trifft es nicht zu, dass die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV lediglich eine Folge der Anhebung der Bemessungsgrenze in der Rentenversicherung ist. Zwar heißt es in der Gesetzesbegründung, dass die Jahresarbeitsentgeltgrenze weiterhin 75 % der Beitragsbemessungsgrenze beträgt, Wortlaut und System des Gesetzes widersprechen dem jedoch. Obwohl die Vorschriften, die eine Dynamisierung der Pflichtgrenzen der Krankenversicherung und der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der §§ 5 Abs. 6 S. 2, 5 Abs. 7 S. 2 SGB V, 159 SGB VI den gleichen Wortlaut haben, verweisen sie nicht aufeinander, woraus die Durchbrechung des Prinzips der Abhängigkeit der Krankenversicherungsgrenze von der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung ersichtlich wird. Damit wird die Versicherungspflichtgrenze der völligen Beliebigkeit anheim gegeben.

Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, die 100 % der bisherigen Versicherungspflichtgrenze betrug, koppelt sich ebenso von der neuen Pflichtgrenze ab.

2. §§ 6, 8 SGB V (Art. 1 Nr. 1 lit. c) und Nr. 2 BSSichG)

Versicherungspflicht für bereits PKV-Versicherte

Durch die Neureglungen in § 6 Abs. 7 und § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch Art. 1 Nr. 1 lit. c) und Nr. 2 BSSichG werden PKV-Versicherte, deren regelmäßiges Jahresar-

beitsentgelt in 2002 über der Jahresarbeitsentgeltgrenze lag, deren Einkommen in 2003 aber unter 3450 Euro monatlich (41400 Euro jährlich) liegen wird, ab dem 1.1.2003 versicherungspflichtig, ohne dass ihnen ein Befreiungsrecht eingeräumt wird.

Bisher können PKV-Versicherte, die von der dynamisierten Versicherungspflichtgrenze überholt werden, durch Befreiung von der Versicherungspflicht in der PKV bleiben. Dieses Recht muss auch jetzt für die routinemäßige Anpassung der bisherigen Jahresarbeitsentgeltgrenze von 3.375 auf 3.450 Euro gelten. Anderenfalls wären Tausende von PKV-Versicherten gezwungen, zum Jahreswechsel in die GKV zurückzukehren. Die Erfahrung der PKV zeigt, dass sich der ganz überwiegende Teil derjenigen, die von der dynamisierten Versicherungspflichtgrenze eingeholt werden, befreien lassen. Die Rechtsstaatsgarantie gebietet, das Vertrauen in diese Rechtsposition zu schützen.

Diese Auffassung wird auch durch die Gesetzesbegründung gestützt, wonach nur den freiwillig Versicherten der Weg in die PKV über die Befreiung verwehrt werden soll.

II. Verfassungswidrige Rückwirkung für die freiwillig GKV-Versicherten, die mit Wirkung zum 31.12.2002 die freiwillige Mitgliedschaft gekündigt haben.

Diejenigen freiwillig in der GKV-Versicherten, die im Oktober 2002 ihre freiwillige Mitgliedschaft mit Wirkung zum Ablauf des 31.12.2002 gekündigt haben, ist es nach dem Wortlaut des BSSichG verwehrt, zum 1.1.2003 in die PKV zu wechseln. Denn für sie gilt die „hohe“ Versicherungspflichtgrenze von 45900 Euro, da sie nicht nach § 6 Abs. 7 SGB V (neu) am Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes (angenommen, dieses tritt am 1.1.2003 in Kraft) PKV-versichert waren.

Dies ist ein massiver Verstoß gegen den Vertrauensschutz der betroffenen Versicherten. Die Regelung stellt eine grundsätzlich verbotene Rückwirkung dar. Die Kündigung wurde mit Zugang bei der Krankenkasse wirksam. Im Oktober d.J. war das Gesetz noch nicht in den Bundestag eingebracht, ja noch nicht einmal von den Fraktionen beschlossen. Daher mussten die Betroffenen auf die geltende gesetzliche Regelung vertrauen, bzw. darauf, dass für sie zumindest eine Übergangregelung getroffen wird.

III. Arzneimittelrabatte

Die PKV tritt seit jeher dafür ein, dass Privatpatienten und GKV-Patienten bei den Arzneimittelpreisen gleich behandelt werden. Schon der bisherige Kassenrabatt ist ein krasser Verstoß gegen diesen Grundsatz. Es gibt keine nachvollziehbare Begründung für eine unterschiedliche Behandlung von Kassen- und Privatpatienten. Im Gegenteil, der Privatpatient zahlt in der Apotheke sogar direkt, während die Leistung für den Kassenpatienten erst später abgerechnet wird. Insoweit liegt hier sogar eine (zinsfreie) Kreditierung vor.

Die jetzt erfolgende mehrfache Rabattierung auf der Hersteller- und den beiden Distributionsstufen geht von einem vorhandenen Rationalisierungspotential auf dem Arzneimittelmarkt aus. Dieses ist im Grundsatz sicherlich gerechtfertigt. Es ist aber nicht nachvollziehbar, dass das gesamte Rationalisierungspotential ausschließlich der GKV zugute kommen soll. Schließlich gehen rd. 10 Prozent des Arzneimittel-

marktes auf die Versorgung von PKV-Patienten zurück. Wenn der gesamte Betrag allein einem Umsatzträger zugeordnet würde, dann eröffnet sich ein neues Feld der Quersubventionierung. Der selbstzahlende Bereich trägt derzeit bereits jährlich mehr als 5 Mrd. Euro zur Quersubventionierung bei.

Die PKV hat zudem im Arzneimittelbereich ebenso hohe Ausgabensteigerungen zu verzeichnen wie die GKV. So sind die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel im Jahr 1999/2000 um 8,2 %, im Jahr 2000/2001 um 8,7 % gestiegen.

Als Beispiel sei eines der am häufigsten verordneten Medikamente *Zocor®* (Wirkstoff: Simvastatin) zur Senkung von Cholesterin aufgeführt, das für eine Dauertherapie verordnet wird.

Eine Packung mit 100 Tabletten, die eine Dosis von 20MG pro Einheit beinhalten, kostet 193,12 Euro. Dies ist der Preis, den ein PKV-Versicherter zahlen und den seine Versicherung (ausgenommen sind etwaige Selbstbehalte) tragen muss.

Die GKV zahlt für das gleiche Medikament:

193,12 Euro abzüglich

5,00 Euro (Zuzahlung durch den Versicherten),

19,31 Euro (10 % Rabatt von 193,12 nach dem neuen § 130 Abs. 1 SGB V),

5,79 Euro (3 % Rabatt von 193,12 nach Art. 11 BSSichG),

ergibt: 163,02 Euro.

Hinzu kommt noch ggf. ein Rabatt von 3 % auf den Herstellerabgabepreis, der hier nicht ermittelt werden konnte (neuer § 130 a SGB V).

Die PKV oder die Beihilfe müssten also ohne ersichtlichen Grund mindestens **30,10 Euro** mehr für das gleiche Medikament ausgeben als die Krankenkassen.

Wenn im Durchschnitt davon auszugehen ist, dass bei Aufsummierung aller Rabatte ein Preisabschlag für den GKV-Versicherten von rd. 20 % entsteht, dann wird die PKV zu einer Quersubventionierung im Arzneimittelmarkt von insgesamt 280 Mio. Euro herangezogen. Hinzu kommt noch die Belastung bei der Beihilfe.

Damit ergeben sich Beträge, die sogar über den von der Regierung erwarteten Entlastungen durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze liegen.