



Deutscher Führungskräfteverband

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(20)
vom 20.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Deutschen Führungskräfteverbands (ULA) zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / Die Grünen für ein Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)

1. Einleitung

Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands wird der Gesetzentwurf der Regierungsfractionen in der vorliegenden Form den Problemen der gesetzlichen Krankenversicherung nur in beschränktem Umfang gerecht.

Zwar setzt er zum Teil an den richtigen Problemen an, zum Beispiel an der Verbesserung der Qualität, der Verstärkung von Elementen der Eigenverantwortung oder der Umgestaltung der Versorgungs- und Vertragsstrukturen. Bereits die Verknüpfung dieser Instrumente, beispielsweise der Bonus-Modelle und des Hausarztmodells, ist jedoch, wie noch nachfolgend erläutert wird, problematisch.

In der entscheidenden Frage der Finanzierung wurde die Gelegenheit für eine tief greifende Umgestaltung versäumt. Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sowie von der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme als eine mögliche Option vorgeschlagene Umstellung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kopfpauschalen hätte – auch in Anbetracht der unbestreitbaren kurzfristigen Belastungen des Bundeshaushalts – die Möglichkeit geboten, den Faktor Arbeit zu entlasten, sowie die gesetzliche Krankenversicherung auf Dauer zu stabilisieren und von konjunkturellen Schwankungen sowie von den mittel- bis langfristig drohenden negativen Folgen der demographischen Verschiebungen unabhängiger zu machen.

Insgesamt steht zu befürchten, dass trotz guter Ansätze in Teilbereichen (z.B. Reformen im Vertrags- und Organisationsrecht sowie ein moderater Ausbau der Elemente der Eigenverantwortung) auch dieses Gesetz die Probleme des Gesundheitswesens nur ansatzweise lösen können. Für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze und eine durchgreifende Steigerung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erscheinen die hier vorgelegten Maßnahmen zu kurz gegriffen und stellenweise zu mutlos.

Der deutsche Führungskräfteverband ruft die Regierungsfractionen dazu auf,

- Die Entscheidung für ein Festhalten an der Finanzierung aus einkommensbezogenen Beiträgen nochmals zu überdenken.
- Die Entscheidung über den Wegfall des halben Beitragssatzes für Betriebsrenten und Versorgungsbezüge vorübergehend auszusetzen. Über den von den heutigen und künftigen Rentnern in Zukunft zu erbringenden Solidarbeitrag sollte schon aus Gründen der Transparenz und des Vertrauensschutzes in einem einzigen Gesetzgebungsverfahren beschlossen werden, der das Ausmaß der Höherbelastung abschließend und nachvollziehbar definiert. Hierfür bietet sich die bis Ende nächsten Jahres fällige Neuregelung der Besteuerung von Alterseinkommen an.
- Die politisch fragwürdige Verknüpfung zwischen Hausarztmodell einerseits und den Elementen einer stärkeren Eigenverantwortung andererseits (Praxisgebühren, erhöhte Zuzahlungen andererseits) aufzuheben.

2. Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen

Die Gliederung dieser Stellungnahme orientiert sich an der geplanten thematischen Abfolge der Anhörungen im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung.

2.1. Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin ab.

Aufgaben der Qualitätssicherung einschließlich einer Definition von konkreten Behandlungsstandards für noch zu entwickelnde (und nicht-obligatorische) evidenzbasierte Behandlungsmethoden müssen auch in Zukunft der gemeinsamen Selbstverwaltung vorbehalten bleiben.

Die Schwächung der Selbstverwaltung in dieser entscheidenden Frage ist aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands ein Schritt in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens und kann daher schon aus ordnungspolitischer Sicht kein Beitrag zur Lösung eventuell bestehender Qualitätsprobleme sein. Vorhandene Defizite in diesem Bereich müssen durch die Akteure der Selbstverwaltung gelöst werden, ohne diese Aufgabe an eine staatliche Behörde zu delegieren.

Eine zu starke Fremdsteuerung der Behandlung in Form von Behandlungs- und Therapierichtlinien droht darüber hinaus auch innovationsbremsend zu wirken. Erste Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen deuten jedenfalls darauf hin, dass neuartige innovative Arzneimittel im Rahmen von Disease-Management-Programmen nicht oder nicht mehr verschrieben werden, da für sie (naturgemäß) noch keine auf mehrjährigen empirischen Erfahrungen beruhenden Nachweise ihrer Wirksamkeit vorliegen. Eine derartige Fortschreibung des medizinischen Status quo geht zu Lasten der Patienten, darüber hinaus aber auch zu Lasten der in diesen Bereichen tätigen Unternehmen und ihrer Arbeitnehmer.

Ähnliche Überlegungen gelten auch für die Fortbildungspflicht für Vertragsärzte. Diese Maßnahme wäre zu rechtfertigen, wenn sich nach einer nicht zu lang bemessenen Evaluationsperiode messbare Erfolge (zum Beispiel ein Rückgang der Zahl von Behandlungsfehlern) einstellen. Andernfalls wäre – angesichts eines grundsätzlichen politischen Vorrangs der Selbst- vor der Fremdregulierung – der zusätzlich entstehende bürokratische Aufwand auch hier nicht zu rechtfertigen.

2.2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen

Zu den §§ 28 Abs. 4 , 67 SGB V

Hausarztmodell / Praxisgebühren für den Facharztbereich

Sowohl das Konzept für ein Hausarztmodell als auch die in § 28 Abs. 4 SGB V geregelte Einführung von Praxisgebühren für den fachärztlichen Bereich stoßen auf grundsätzliche Zustimmung der Führungskräfte.

Die inhaltliche Verknüpfung beider Instrumente wird jedoch abgelehnt, weil sie am eigentlichen Zweck von Praxisgebühren vorbei geht, nämlich einer verstärkten, *generellen* Eigenbeteiligung der Patienten. Eine individuell zumutbare Eigenbeteiligung dient nicht nur der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung, sie kann im Einzelfall auch eine rationalere Inanspruchnahme von Leistungen unterstützen.

In der vorgelegten Form sind die Praxisgebühren aber letztlich nur ein Instrument, das dem Hausarztmodell (sowie den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V und der Integrationsversorgung nach § 140a SGB V) zum Erfolg verhelfen soll. Anstatt echte Anreize für mehr Eigenverantwortung zu setzen beziehungsweise die Bereitschaft für eine höhere finanzielle Eigenbeteiligung zu honorieren, werden die Anreize hier für die Teilnahme auf Behandlungsprogramme konzentriert, die den Versicherten tendenziell eher entmündigen als ihn in seiner Position als verantwortlich handelnder Nachfrager von Gesundheitsleistungen zu stärken.

Auch aus Sicht der ULA sollten nach Einführung eines Systems von Praxisgebühren bestimmte Arztbesuche auch weiterhin *ohne* Praxisgebühr möglich sein. Die Verschleppung ernster Erkrankungen oder aber eine Vernachlässigung der Vorsorge müssen möglichst vermieden werden. Anstelle einer Unterscheidung zwischen Hausarzt- und Facharztbereich, wäre dabei aber die Schaffung einer praktikablen Abgrenzung von gebührenpflichtigen nicht-präventiven und gebührenfreien präventiv ausgerichteten Arztbesuchen (z.B. regelmäßige Vorsorgetermine) vorzuzugswürdig gewesen.

Im vorliegenden Modell hängt die Legitimation der Praxisgebühren in erster Linie davon ab, ob das Hausarztmodell die auf ihm ruhenden Erwartungen erfüllt, das heißt von der Frage, ob die Kosten aus den vorgeschalteten Hausarztbesuchen geringer ausfallen als die Ersparnisse aus den unterbundenen, medizinisch nicht erforderlichen Facharztbesuchen. In bestimmtem Umfang sind Mehrkosten unvermeidlich, da ein weiter behandelnder Arzt schon aus berufs- bzw. arzt haftungsrechtlichen Gründen die Erstdiagnose des überweisenden Hausarztes nicht ungeprüft übernehmen kann.

Sollte sich nach einem angemessenen langen Evaluationszeitraum heraus stellen, dass das Hausarztmodell die finanziellen Erwartungen nicht erfüllt oder aber dass Versorgungsgaps wie beispielsweise in den Niederlanden auftreten, müssen sowohl das Modell selbst (seine tendenziell entmündigende Wirkung wäre dann nicht zu rechtfertigen) als auch die Praxisgebührenregelung in ihrer geplanten Form zur Disposition gestellt werden.

Zu § 95 SGB V

Gesundheitszentren

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die neu geschaffene Möglichkeit, das vertragsärztliche Angebot durch Gesundheitszentren zu ergänzen. Diese Ergänzung sollte jedoch auch langfristig nicht in eine Substitution der Einzelarztpraxen münden. Es muss daher sicher gestellt sein, dass Versicherte dauerhaft und unabhängig von einer Teilnahme an

strukturierten Versorgungsprogrammen, Hausarztmodellen oder anderen innovativen Vertragsformen, nicht generell an Gesundheitszentren überwiesen werden.

Zu den §§ 116a ff.

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

Der verbesserte Zugang zum Fachärzteangebot der Krankenhäuser ist aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands ebenfalls eine begrüßenswerte Verbesserung des derzeitigen Versorgungsangebots. Durch die bessere Verzahnung der Sektoren könnten zusätzliche Effizienzgewinne erzielt und Redundanzen abgebaut werden.

2.3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Mangels konkreter Betroffenheit der Personengruppe der (gesetzlich krankenversicherten) angestellten Führungskräfte und ihrer Angehörigen nimmt der Deutsche Führungskräfteverband zu diesen Reformaspekten nicht Stellung.

2.4. Änderungen bei der Arzneimittelversorgung

Zu § 31 SGB V

Zuzahlungen für Arzneimittel

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt, dass die Zuzahlungen für Arzneimittel- und Verbandsmittel wieder auf ein ähnliches Niveau wie vor 1999 heraufgesetzt werden. Im Sinne einer generellen Eigenbeteiligung und einer Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme sind derartige Steuerungsmechanismen unverzichtbar und könnten – nicht zuletzt angesichts der weiterhin vergleichsweise großzügigen Härtefallregelung – sogar noch stärker genutzt werden, als hier vorgesehen.

Zu § 35 Abs. 1a SGB V

Festbeträge auch im Bereich patentgeschützter Arzneimittel

Die Ausweitung der Festbetragsregelung auf zahlreiche, auf Grund Patentschutzes nicht preisgebundene Arzneimittel vermindert die Anreize zur Entwicklung neuer Wirkstoffe erheblich. Eine derartige Therapiebeschränkung geht jedoch zu Lasten der Versicherten und wird von der ULA dementsprechend abgelehnt.

Zu § 35b SGB V

Kosten-Nutzen-Bewertung der Arzneimittel

Eine obligatorische Kosten-Nutzen-Evaluation durch das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin wird den Einsatz neuer Arzneimittel, insbesondere dann, wenn sie ergänzend zu dem regulären Zulassungsverfahren erfolgt, zu weiteren zeitlichen Verzögerungen bei der Zulassung neuer Wirkstoffe führen.

Auch hier sollten Korrekturen im Rahmen der bestehenden Selbstverwaltung der Vorrang eingeräumt werden.

Sofern der Gesetzgeber mit dieser Regelung eine Reduzierung der Vielfalt der verschreibungsfähigen Arzneimittel anstrebt, lehnen wir diese Vorgehensweise als therapiebeschränkend ab.

Zu § 62a SGB V Bonus für Versicherte

Zu den Ausnahmeregelungen in Zusammenhang mit der Erhöhung von Zuzahlungen zu Gunsten der Teilnehmer an Hausarztmodellen, Strukturierten Behandlungsprogrammen beziehungsweise an einer integrierten Versorgung gelten die bereits in Abschnitt 2.2 gemachten (ablehnenden) Ausführungen.

2.5. Neuordnung der Finanzierung / Beitrags- und Versichertenrechtliche Änderungen

Der Deutsche Führungskräfteverband regt an, *ergänzend zu den Regelungen des Gesetzesentwurfs*

§ 8 SGB V

wie folgt zu ändern: Absatz 1 Satz 1¹ wird um nachfolgende Nummer 8 ergänzt.

8. durch die Ausübung einer Entgeltumwandlung nach § 3 Nr. 63 EStG, wenn diese Entgeltumwandlung im Zeitraum bis zum 31. Dezember 2008 dazu führt, dass gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 5 ArEV das Arbeitsentgelt die Einkommensgrenze des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V unterschreitet.

In Absatz 2 werden nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt.

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 8 des Fünften Buches ist innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Regelung bei der Krankenkasse zu stellen.

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 3 und 4.

Begründung:

Eine auf dem Rechtsanspruch des § 1a BetrAVG beruhende und gemäß §§ 3 Nr. 63 oder 40b EStG steuerlich geförderte Umwandlung von Lohnbestandteilen mindert gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 5 ArEV das für die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebliche Arbeitsentgelt. Dies kann dazu führen, dass Arbeitnehmer, die ein Arbeitsentgelt knapp oberhalb der Versicherungspflichtgrenze beziehen, durch ein volles Ausschöpfen der ihnen zustehenden Umwandlungsoption ihren Status als freiwillig Versicherte oder aber auf Grund des Wegfalls der Versicherungsfreiheit ihre Zugehörigkeit zu einer privaten Krankenvollversicherung verlieren.

Die vorgeschlagene Neuregelung würde dafür sorgen, dass für *alle* Förderberechtigten eine in Bezug auf den krankenversicherungsrechtlichen Status neutrale Möglichkeit zu einer nach § 3 Nr. 63 EStG geförderten Entgeltumwandlung zur Verfügung steht.

Dies ist im Interesse einer konsistenten Anwendung des Förderinstrumentariums für die ersetzende kapitalgedeckte Altersvorsorge geboten.

So ist es insbesondere nicht erkennbar, dass der Normzweck des § 3 Nr. 63 EStG und der in diesem Zusammenhang geschaffenen befristeten Beitragsbefreiung darin bestand, den Kreis

¹ „Auf Antrag wird der von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird“

der Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu vergrößern. Vielmehr sollte mit der bis zum 31. Dezember 2008 befristeten Beitragsfreiheit der Effekt einer „Anschubfinanzierung“ erzielt werden. Nachteile für die übrigen Sozialversicherungszweige wurden dabei ausdrücklich in Kauf genommen.

Es würde der Zielsetzung der zurückliegenden Rentenreform ebenso widersprechen, wenn Bezieher von Arbeitseinkommen knapp oberhalb der Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihren Status als privat Vollversicherte oder als freiwillig gesetzlich Krankenversicherte erhalten möchten, lediglich auf die Möglichkeit einer Förderung nach § 10a EStG zurückgreifen könnten.

Schließlich deuten die seit Inkrafttreten des AVmG und des AVmEG gemachten Erfahrungen eindeutig darauf hin, dass die durch § 3 Nr. 63 EStG geförderte betriebliche Altersversorgung eine erheblich größere Akzeptanz erfährt, als die kombinierte Zulagen und Freibetragsförderung nach § 10a i.V.m. §§ 82 ff. EStG.

Im Interesse derjenigen Privatversicherten, die nach Wiedereintritt der Versicherungspflicht ihre private Krankenvollversicherung bereits gekündigt haben, ist es von besonderer Bedeutung, dass diese Neuregelung noch im Laufe des Jahres 2003 in Kraft tritt. Hintergrund ist die Regelung des § 5 Abs. 10 SGB V. Diese Vorschrift würde es den Betroffenen erlauben, innerhalb eines Jahres wieder zu den gleichen Tarifbedingungen und ohne eine erneute Risikoprüfung in ihr altes Vertragsverhältnis wieder einzusteigen. Spätestens nach dem 1. Januar 2004 aber drohen den betroffenen ehemaligen Privatversicherten irreversible Schäden.

§ 249 SGB V

Finanzierung des Krankengelds durch Erhöhung des Arbeitnehmeranteils

Der Deutsche Führungskräfteverband wendet sich gegen die geplante Arbeitnehmerfinanzierung des Krankengelds durch eine Verschiebung der paritätischen Finanzierung zu einem Verhältnis von 53 zu 47.

Das Krankengeld ist gegenwärtig die einzige einkommensbezogene Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und in gewisser Hinsicht auch ihr historischer Kern. Insofern schwächt der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung in diesem Bereich die Legitimation einkommensbezogener Beiträge zusätzlich. Im Falle einer Umstellung der Finanzierung der GKV auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen wäre indes die Ausgliederung und eine risikoadäquate Beitragszahlung durch den Versicherten folgerichtig.

In der vorliegenden Form erschöpft sich die Maßnahme jedoch in einer reinen finanziellen Entlastung des Arbeitgebers. Eine echte Privatisierung hätte demgegenüber auch die Möglichkeit geboten, dem einzelnen Versicherten mehr Spielräume für Eigenverantwortung einzuräumen. So wäre es etwa denkbar gewesen, im Rahmen einer Versicherungspflicht mit bestimmten Mindestleistungen Spielräume zur Beitragssenkung in Form von Selbstbehalten beziehungsweise frei gewählten Karenztagen zu schaffen.

§§ 248, 257 SGB VI

Neuregelungen im Beitragsrecht der Rentner

- 1. Keine Entscheidung über einen höheren Beitragssatz für Betriebsrenten und Versorgungsbezüge vor einer Neuregelung der Besteuerung von Alterseinkommen.*

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Vorschläge für eine Neuregelung der Krankenversicherungsbeiträge für Rentner ab und fordert die Bundesregierung auf, die Vorschläge in der gegenwärtigen Form auszusetzen.

Ein zusätzlicher Beitrag der heutigen und künftigen Rentnergeneration zu der Stabilisierung der Sozialversicherungssysteme ist sicherlich unumgänglich, dieser sollte jedoch auf faire und transparente Art und Weise ermittelt werden.

Über eine Höherbelastung von Rentnern mit Betriebsrenteneinkommen und/oder Versorgungsbezügen sollte nicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt entschieden werden, sondern in Zusammenhang mit der Neuregelung der Rentenbesteuerung sowie einer eventuell ebenfalls bevorstehenden Neuordnung in der Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Der Gesetzgeber wird daher aufgefordert, über den von ihm geforderten höheren Solidarbeitrag der heutigen Rentnergeneration in einem einzigen, in sich geschlossenen Reformpaket zu entscheiden, welches das Ausmaß der Belastung für die heutigen und künftigen Rentnergenerationen deutlich macht und eine realistische Einschätzung der daraus resultierenden Entlastung für die sozialen Sicherungssysteme ermöglicht.

Bereits die Neuregelung der Rentenbesteuerung² wird auf Grund des spürbaren Basiseffekts diejenigen Rentner deutlich höher belasten, deren Renteneinkommen oberhalb des Grundfreibetrags liegen, zum Beispiel auf Grund von Einkommen aus Betriebsrenten oder angespartem Vorsorgekapital.

Konkrete Gesetzentwürfe zu einer Neuregelung der Rentenanpassung oder der Finanzierung der Pflegeversicherung liegen zwar noch nicht vor. Absehbar ist aber schon jetzt, dass Rentnern auch in diesen Bereichen Belastungen bevorstehen. Die drohende Aneinanderreihung mehrerer isolierter, faktischer Kürzungen der Nettorentenbezüge innerhalb weniger Jahre, die zu spürbaren Abstichen beim Lebensstandard der betroffenen führen wird, ist unter Vertrauensschutzgesichtspunkten nicht hinnehmbar.

2. Unstimmigkeiten in der beitragsrechtlichen Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Rentner bestehen fort

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die vorliegenden Pläne auch deshalb ab, weil es der Bundesregierung erneut nicht gelungen ist, eine einheitliche Regelung zur beitragsrechtlichen Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Rentnern zu entwickeln. Eine einheitliche Beitragsgrundlage war bereits im Jahr 2000 vom Bundesverfassungsgericht gefordert worden, ohne dass die Bundesregierung in ihrem am 1. April 2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Umsetzung des Urteils darauf reagiert hätte.

Die jetzt vorliegende Neuregelung droht außerdem gerade diejenigen Versicherten, die im Zeitraum von 1993 bis 2001 als freiwillig versicherte Rentner auf verfassungswidrige Art und Weise mit überproportionalen Beiträgen belastet wurden, erneut zu benachteiligen:

Im Vergleich der Gruppe der freiwillig versicherten Rentner (diese Gruppe ist seit dem 1. April 2002 erheblich kleiner geworden) und der Gruppe der Versicherten der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) kommt es auch nach einer einheitlichen (vollen) Verbeitragung der zusätzlich erzielten Betriebsrenteneinkommen zu schwer vermittelbaren Asymmetrien.

² Diese wird voraussichtlich eine Ersetzung des gegenwärtigen Ertragsanteils der gesetzlichen in Höhe von 27 Prozent (bei Alter 65) durch einen steuerpflichtigen Anteil im Bereich von 50 Prozent zum Inhalt haben.

Zahlreiche im letzten Jahr in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) gewechselten Versicherten würden – nach einer wechselbedingten, vorübergehenden Entlastung – künftig noch höhere Beiträge zahlen als sie dies als freiwillig versicherte Rentner tun müssten. Dies betrifft insbesondere den unter pensionierten Führungskräften weit verbreiteten Fall, in dem das Einkommen aus gesetzlichen Renten und Betriebsrenten in der Nähe oder oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. In diesem Fall wirkt sich die mit der Aufnahme in die KVdR verbundene Herausnahme von sonstigen Einkommen aus der Beitragszahlung *nicht* entlastend aus, sondern das Gegenteil ist der Fall.

Die Höherbelastung in diesen Fällen ist im Wesentlichen das Ergebnis zweier Faktoren³ :

- der Wechsel von dem für freiwillig versicherte Rentner geltenden *ermäßigten* Beitragssatzes zum vollen Beitragssatz. Anders als bei freiwillig versicherten Rentnern wird bei KVdR-Versicherten der Umstand nicht berücksichtigt, dass kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.
- die Reduzierung der hälftigen Übernahme des KVdR-Beitrags durch die Rentenversicherung auf 47 %. (Da der hälftige Zuschuss zu den Beiträgen freiwillig Versicherter für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV (§ 107 SGB VI) unverändert bleiben soll, verstärkt sich die relative Ungleichbehandlung der KVdR-Versicherten zusätzlich).

Beispielsrechnung zum Beleg für die obigen Ausführungen

- Rentner mit gesetzlichen Renteneinkommen in Höhe von 1500 Euro und Betriebsrenteneinkommen in Höhe von 2000 Euro.
- Aufnahme in die KVdR erfolgt erst durch die Neuregelung zum 1. April 2002
- Konstanter Krankenkassenbeitrag im gesamten Betrachtungszeitraum
- Voller Beitragssatz: 14,5 %, ermäßigter Beitragssatz 13,75 %

	Versichert als freiwilliges Mitglied⁴	KVdR-Mitglied Ab 1. April 2002	KVdR-Mitglied ab Inkrafttreten der Neuregelungen
Beiträge auf Einkommen aus der GRV	13,75 % x 1500 - Beitragszuschuss i.H.v. 50 % = 103,12 Euro	14,5 % x 1500 x 0,5 (Übernahme des halben Beitrags durch die GRV) = 108,75 Euro	14,5 % x 1500 x 0,47 (Übernahme von 53 % GRV) = 115,28 Euro
Beiträge auf Einkommen aus Betriebsrenten	13,75 % x 2000 = 275 Euro	14,5 % x 2000 x 0,5 (halber Beitragssatz) = 145 Euro	14,5 % x 2000 = 290 Euro
Gesamt-Beitrag	378,12 Euro	253,75 Euro	405,28 Euro

Der Deutsche Führungskräfteverband tritt vor diesem Hintergrund für eine Lösung ein, die freiwillig versicherte Rentner und KVdR-Mitglieder gleich behandelt.

³ Zur Erinnerung: Zahlreichen Versicherten, die auf Grund von oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze liegenden Gehältern, als freiwillige Mitglieder ihrer Krankenkasse geführt wurden, wurde bis zum 1. April 2002 nach ihrem Renteneintritt der Wechsel in die KVdR verweigert. Die sog. „9/10-Regelung“ des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V berücksichtigte bis dahin lediglich Zeiten der Zugehörigkeit zur GKV als Pflichtmitglied. Dies wurde vom Bundesverfassungsgericht als Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz gerügt. Die Neuregelung erfolgte über eine Anpassung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V, die Zeiten einer freiwilligen Zugehörigkeit zur GKV Pflichtversicherungszeiten gleichstellte.

⁴ Im Zeitverlauf unverändert, auch im Falle eines Inkrafttretens der geplanten Änderungen.

Für den Fall, dass der volle Beitragssatz auf Versorgungsbezüge und Betriebsrenten Wirklichkeit wird, erbringt die Gruppe der Rentner damit einen ausreichenden, ja sogar überproportionalen Solidarbeitrag. Eine weitere Beteiligung der Rentner an der Finanzierung des Krankengelds, auf das sie ohnehin keinen Anspruch mehr haben, wäre damit überflüssig. In der Folge müsste daher für KVdR-Versicherte der Anspruch auf die Übernahme des halben Krankenversicherungsbeitrags erhalten bleiben. Außerdem sollten auch KVdR-Mitglieder analog der Behandlung freiwillig versicherter Rentner lediglich nach dem ermäßigten Beitragssatz zur Beitragszahlung herangezogen werden.

Sollte der von *allen* Rentner zu zahlende Beitrag auf Betriebsrenten und Versorgungsbezüge im mittleren Bereich zwischen 50 und 100 Prozent angesiedelt werden, wäre es demgegenüber vorstellbar, künftig *alle* Rentner, also auch die freiwillig Versicherten, zur Beitragszahlung mit dem vollen, unermäßigten Satz heranzuziehen.

2.6. Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen

2.7. Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik

2.8. Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Mangels konkreter Betroffenheit der Personengruppe der (gesetzlich krankenversicherten) angestellten Führungskräfte und ihrer Angehörigen nimmt der Deutsche Führungskräfteverband zu diesen Reformaspekten nicht Stellung.

2.9. Stärkung der Patientensouveränität

Zu Artikel 1 Randnummer 1

§ 13 SGB V

Der deutsche Führungskräfteverband begrüßt ausdrücklich, dass als Folge des „Müller-Fauré/van-Riet“-Urteils des EuGH entgegen der ursprünglichen Pläne der Bundesregierung die Möglichkeit zum Sachleistungsexport nun auf *alle* Versicherten und ihre Angehörigen ausgeweitet werden soll.

Besonderen Wert legt die ULA darauf, dass die Vorgaben des EuGH – insbesondere die Genehmigungsfreiheit bei Behandlungen im ambulanten Bereich, die prinzipielle Zulässigkeit eines Genehmigungsvorbehalts im stationären Bereich – nicht auf Grund von konstruierten Katastrophenszenarien zur Zukunft des Sachleistungsprinzips im Wege des Gesetzgebungsverfahrens unterlaufen werden.

Die Vermischung von Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip ist zwar nicht frei von Problemen, gleichzeitig jedoch unvermeidliche Folge der Integration des europäischen Wirtschafts- und Sozialraums. Eine Beschränkung auf den Personenkreis der freiwillig Versicherten wäre daher realitätsfremd gewesen.

Generell sollte die Dynamik, die die prinzipielle Anwendbarkeit der Wettbewerbsregeln des Binnenmarktes auch im Bereich der sozialen Sicherungssysteme auslöst nicht unterschätzt werden. Es wäre daher angezeigt, auch das mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz von 1998 eingeschränkte Wahlrecht von Pflichtversicherten für eine Kostenerstattung wieder herzustellen.

2.10. Sonstige, in der Gliederung der Anhörung nicht genannte Aspekte

Zu §§ 24b, 27a SGB V

Die ULA begrüßt den Versuch der Bundesregierung, den Leistungskatalog um Leistungen zu streichen, die in den Bereich der persönlichen Lebensplanungen fallen. Die Streichungen im Bereich der medizinisch nicht zwingend indizierten Sterilisationen sowie der künstlichen Befruchtung sind zu diesem Zweck vertretbar.

Zu § 31 SGB V

Die Streichung der verbleibenden Zuschüsse für Sehhilfen bei Erwachsenen ist angesichts der Ausnahmeregelungen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie für schwer sehbeeinträchtigte Versicherte vertretbar.

Zu § 58 SGB V

Die vollständige Streichung des Sterbegelds ist nicht der Sache nach zu beanstanden, jedoch mit Blick auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes. Ein Festhalten an der bisherigen Lösung, die ein Auslaufen des Anspruchs vorsah, hätte, wenn auch langsamer, ebenfalls den gewünschten Entlastungseffekt erzielt.

Zu § 60 SGB V

Die Beschränkung des Fahrtkostenersatzes auf medizinisch zwingend notwendige Fälle erscheint der ULA politisch berechtigt und für den einzelnen Versicherten auch vertretbar.

Zu § 61 SGB V

Zu der Möglichkeit, durch Teilnahme an einem Hausarztmodell die Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln zu reduzieren gelten die in Abschnitt 2.2 (zu § 28 Absatz 4 SGB IV) gemachten Ausführungen: Die mit den Zuzahlungen angestrebte Lenkungs- und Anreizwirkung könnte möglicherweise durch die Verbindung mit dem mit einer anderen Zielsetzung verknüpftem Hausarztmodell verwässert zu werden.