

---

## **Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele**

Bewertung des Entwurfs der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zum  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 24. Oktober 2006  
Bundestags-Drucksache 16/3100

---

**Berlin, 6. November 2006**

BDA Bundesvereinigung der  
Deutschen Arbeitgeberverbände

Hausadresse:  
Haus der Deutschen Wirtschaft  
Breite Straße 29  
10178 Berlin

Briefadresse:  
11054 Berlin

Tel. +49 30 2033-0  
Fax +49 30 2033-1055

<http://www.bda-online.de>

## Zusammenfassung

Der am 24. Oktober 2006 vorgelegte Fraktionsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) verfehlt alle wesentlichen Anforderungen an eine durchgreifende und zukunftssichere Neuordnung des Gesundheitswesens.

Die vorgesehenen Maßnahmen stehen insbesondere dem Ziel, durch die Absenkung der Lohnzusatzkosten Wachstum und Beschäftigung zu fördern, diametral entgegen. Die Beiträge zur Krankenversicherung werden nicht – wie im Koalitionsvertrag vereinbart – „stabil gehalten und möglichst gesenkt“. Statt dessen droht – wenn es bei den jetzigen Plänen bleibt – bereits im kommenden, spätestens im übernächsten Jahr, ein neuer Rekord-Beitragssatz von 15 Prozent.

Damit wird die lohnbezogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in den nächsten Jahren sogar noch weiter ausgeweitet, obwohl im Gegenteil die Krankheits- von den Arbeitskosten abgekoppelt werden müssen. Das erklärte Ziel des Gesetzentwurfs, bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eine „Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit“ zu erreichen, wird damit klar verfehlt.

Es ist zudem nicht zu erkennen, wie in den Folgejahren die notwendige Absenkung des überhöhten Beitragssatzniveaus erreicht werden soll. Schließlich wird mit dem vorgelegten Fraktionsentwurf der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sogar noch ausgeweitet, und auch ein Ausbau der Eigenbeteiligung ist nicht vorgesehen. Mit dem geplanten Gesundheitsfonds wird sich ebenso wenig eine Ausgabenbegrenzung erreichen lassen.

Zu den wenigen positiven Änderungen gehört der geplante Ausbau wettbewerblicher Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings reichen die hierzu vereinbarten Maßnahmen nicht aus. Wenn nicht noch deutliche Nachbesserungen erfolgen, wird die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin vor allem durch kollektiv vereinbarte, für alle Krankenkassen geltende einheitliche Bedingungen geregelt und weniger durch Wettbewerb von Krankenkassen und Leistungserbringern bestimmt.

Die Gesundheitsreform muss daher dringend durch weitere Strukturmaßnahmen ergänzt werden, mit denen insbesondere eine Abkopplung der Gesundheits- von den Arbeitskosten eingeleitet, der Wettbewerb weiter ausgebaut, der Leistungskatalog auf Kernleistungen reduziert und die Eigenbeteiligung der Versicherten erweitert wird.

Dringend korrekturbedürftig sind außerdem die für den Bereich der privaten Krankenversicherung geplanten Änderungen. Die jetzt vorgesehenen Maßnahmen würden die private Krankenversicherung schwä-



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

chen, weil der Neuzugang beschränkt wird und der neue Basistarif erhebliche Quersubventionen aus anderen Tarifen erfordert. Die private Krankenversicherung muss jedoch im Gegenteil gestärkt werden, weil sie – anders als die gesetzliche Krankenversicherung – durch den Aufbau von Altersrückstellungen auf die demographische Entwicklung vorbereitet ist.

Im Einzelnen:

### **1. Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten bleibt aus**

Die beschäftigungspolitisch unverzichtbare Abkopplung der Krankheitskostenfinanzierung von den Arbeitskosten wird nicht erreicht. Vielmehr soll die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig ganz überwiegend durch lohnbezogene Beiträge erfolgen.

Daran ändert der neue Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen erheben müssen, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, kaum etwas. Dies gilt schon deshalb, weil auch der Zusatzbeitrag – so wie die übrigen Beiträge – lohnbezogen von den Krankenkassen erhoben werden kann.

Zudem sind die aus dem Zusatzbeitrag erzielbaren Einnahmen der Krankenkassen wegen der doppelten Begrenzung auf maximal 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und höchstens 5 Prozent aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von vornherein sehr begrenzt. Selbst bei maximaler Höhe kann der Zusatzbeitrag den für Löhne und Gehälter geltenden Beitragssatz nur um rund  $\frac{3}{4}$  Beitragssatzpunkte entlasten, was gerade einmal dem erwarteten Beitragssatzanstieg im kommenden Jahr entspricht. Wenn der Beitragssatz so festgelegt wird, dass die Mittel aus dem Gesundheitsfonds eine Deckungsquote von 100 Prozent erreichen, trägt der Zusatzbeitrag sogar überhaupt nicht zur Entlastung der lohnbezogenen Beiträge bei.

Außerdem muss den Mehreinnahmen der Krankenkassen durch den Zusatzbeitrag gegengerechnet werden, dass preiswerte Krankenkassen Überschüsse an ihre Mitglieder als Prämie ausschütten können und die Prämienzahlungen bei Inanspruchnahme der Wahltarife nach § 53 SGB V ausschließlich an die Versicherten gehen. Es ist darüber hinaus möglich, dass die Prämienauszahlungen an die Versicherten die Höhe der Zusatzbeiträge übersteigen. In diesem Fall führen die neuen Regelungen sogar dazu, dass der lohnbezogene Finanzierungsanteil an der gesetzlichen Krankenversicherung noch weiter steigt.

Damit zumindest ein Einstieg in die Abkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis erfolgt, sollte



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

- der Zusatzbeitrag ausschließlich als einkommensunabhängige Prämie und nicht auch lohnbezogen erhoben werden und
- der über den Zusatzbeitrag finanzierte Ausgabenanteil auf mindestens 10 Prozent ausgeweitet werden. Dementsprechend könnte der über den Beitragssatz finanzierte Ausgabenanteil reduziert werden.

Außerdem darf die Einführung des Zusatzbeitrags nicht unnötig verzögert werden. So wie im Entwurf vorgesehen, kann der Zusatzbeitrag frühestens im Jahr 2010 zu einer Entlastung führen, denn in 2009 sollen zunächst sogar 100 Prozent aller Ausgaben über den Gesundheitsfonds finanziert werden (§ 220 Abs. 1 SGB V). Mit dieser Festlegung wird die durch den Zusatzbeitrag angestrebte Begrenzung der Arbeitskosten ohne jeden Grund weiter in die Zukunft verschoben.

Angesichts der nach dem Gesetzentwurf vorgesehenen engen Begrenzung des Zusatzbeitrags auf maximal 5 Prozent des gesamten Ausgabenvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Überforderungsklausel nicht erforderlich. Nicht nachvollziehbar ist, warum nach der jetzt geplanten Regelung der Zusatzbeitrag der vom Mitglied gewählten Krankenkasse Maßstab für eine „Überforderung“ sein soll. Da zunächst einmal jedem Mitglied einer Krankenkasse, das sich durch einen Zusatzbeitrag überfordert sieht, der Wechsel zu einer preiswerteren Krankenkasse zugemutet werden kann, darf eine Überforderungsklausel ausschließlich am Zusatzbeitrag der günstigsten wählbaren Krankenkasse ansetzen. Dies ist schon deshalb erforderlich, weil sonst für Versicherte mit geringem beitragspflichtigen Einkommen Anreize gesetzt werden, in eine Krankenkasse mit besonders hohen freiwilligen Zusatzleistungen zu wechseln.

Ebenso wenig wie durch den Zusatzbeitrag wird eine Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten durch eine stärkere Steuerfinanzierung erreicht. Im Gegenteil wird der Bundeszuschuss für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen von 4,2 Mrd. € in diesem Jahr bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode auf 3,0 Mrd. € gesenkt. Das heißt die zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung verwendeten Steuermittel gehen in den nächsten Jahren deutlich zurück. Durch die Kürzung des heutigen Bundeszuschusses an die Krankenkassen wird es deshalb in den nächsten Jahren sogar noch zu einer Erhöhung des über Löhne und Gehälter finanzierten Ausgabenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung kommen.

Um dies zu verhindern, müssen die steuerpolitischen Beschlüsse des im Juni 2006 verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetzes vollständig korrigiert werden, d. h.:



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

- Es muss auf die Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen von derzeit 4,2 Mrd. € verzichtet werden. Hierdurch können die Beitragszahler bereits im kommenden Jahr um 2,7 Mrd. € entlastet werden.
- Darüber hinaus ist es notwendig, den Krankenkassen die Mehrbelastung aus der Mehrwertsteuererhöhung in der Höhe von rund 0,9 Mrd. € zu kompensieren.
- Schließlich muss die Reduzierung der aus Bundesmitteln finanzierten Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Empfänger in Höhe von rund 0,2 Mrd. € zurückgenommen werden.

Die Konsolidierung des Staatshaushaltes zu Lasten der Beitragszahler darf keinen Bestand haben.

## 2. Höhere Krankenkassenbeiträge und Lohnzusatzkosten

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen leisten keinen Beitrag zur Senkung der Lohnzusatzkosten. Die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung werden nicht – wie im Koalitionsvertrag vereinbart – „stabil gehalten und möglichst gesenkt“, sondern im Gegenteil weiter steigen.

Nach der jüngsten Berechnung des Schätzerkreises wird für das kommende Jahr ein Fehlbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 7 Mrd. € erwartet. Hierbei sind die bereits in diesem Jahr für das Jahr 2007 beschlossenen Belastungen der Krankenkassen (Reduzierung des Bundeszuschusses an die Krankenversicherung um 2,7 Mrd. €, Belastung der Krankenkassen um 0,9 Mrd. € durch höhere Mehrwertsteuer sowie Absenkung der Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Empfänger um rund 0,2 Mrd. €) schon berücksichtigt. Selbst wenn die ersten Sparwirkungen der Gesundheitsreform – wie von der Koalition erhofft – im kommenden Jahr Entlastungen der Krankenkassen von rund 1,4 Mrd. € bringen, bleibt noch eine Finanzierungslücke von etwa 6 Mrd. € Allein um sie zu schließen, müsste der durchschnittliche Beitragssatz im kommenden Jahr um rund 0,6 Beitragssatzpunkte auf das neue Rekordniveau von dann knapp 15 Prozent steigen.

Hierbei noch nicht berücksichtigt ist jedoch, dass die Krankenkassen grundsätzlich bis zum 31. Dezember 2007 schuldenfrei sein und damit im nächsten Jahr erhebliche zusätzliche Mittel zum Schuldenabbau aufbringen müssen. Immerhin lag der Schuldenberg der Krankenkassen zuletzt bei rund 4 Mrd. €. Damit droht im kommenden Jahr sogar ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes auf über 15 Prozent. Für die Folgejahre sind weitere Beitragssatzsteigerungen zu befürchten.



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

Das ist nicht nur wachstums- und beschäftigungspolitisch extrem kontraproduktiv, sondern steht auch in diametralem Widerspruch zu dem im Koalitionsvertrag vereinbarten und unverzichtbaren Ziel, die Beitragssatzsumme in der Sozialversicherung wieder unter 40 Prozent zurückzuführen.

Wenn mit der geplanten Gesundheitsreform nicht doch noch der notwendige Einstieg in eine Abkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis gelingt, muss zumindest verhindert werden, dass die steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen die Lohnzusatzkosten und damit die Arbeitskosten der Betriebe weiter in die Höhe treiben und so Wachstum und Beschäftigung verhindern. Das könnte durch ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung auf heutigem Niveau erreicht werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Bestimmung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnung bringt dagegen keine Begrenzung der Lohnzusatzkosten bzw. Arbeitskosten, weil der Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer weiter entsprechend den Ausgaben der Krankenkassen steigen soll (§ 220 Abs. 2 SGB V).

Steigende Beitragssätze in der Krankenversicherung erschweren auch die Anstrengungen zur Beitragssatzstabilisierung bzw. -senkung in den anderen Sozialversicherungszweigen. So erhöht ein Anstieg des durchschnittlichen Krankenkassenbeitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte die jährlichen Ausgaben der Rentenversicherung um rund 100 Mio. € und die der Bundesagentur für Arbeit um etwa 40 Mio. €. Bei einem voraussichtlichen Beitragssatz von rund 15 Prozent im kommenden Jahr bedeutet das rund 700 Mio. € Mehraufwendungen in der Renten- und rund 300 Mio. € in der Arbeitslosenversicherung.

### **3. Gesundheitsfonds löst kein einziges Problem des Gesundheitswesens**

Der geplante Gesundheitsfonds ist überflüssig und löst kein einziges Problem des Gesundheitswesens:

- Der Gesundheitsfonds ändert nichts an den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, denn es bleibt im Grundsatz bei der lohnbezogenen Finanzierung.
- Der Gesundheitsfonds ist von vornherein nicht in der Lage, das Ausgabenwachstum in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Er kann insbesondere nicht, wie im Gesetzentwurf behauptet, die wirtschaftliche Verwendung der Beitrags- und Steuermittel garantieren.



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

- Der Gesundheitsfonds sorgt auch nicht für einen zielgenaueren Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Die vorgesehene morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist ebenso gut ohne Gesundheitsfonds möglich.
- Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitsfonds ist widersprüchlich. Einerseits soll der vorgesehene Steueranteil der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben dienen. Andererseits soll mit Hilfe der Steuermittel auch noch die Finanzierung des medizinischen Fortschritts gewährleistet werden. Mit den bislang vorgesehenen Steuermitteln lässt sich jedenfalls keines der beiden Ziele erreichen.
- Der Gesundheitsfonds belastet zudem die Beitragszahler, weil er mit einer, in der Höhe noch nicht definierten Liquiditätsreserve ausgestattet werden soll (§ 271 Abs. 2 SGB V). Die Beitragszahler müssen damit künftig eine unnötige doppelte Reserve für unterjährige Schwankungen finanzieren: Zum einen über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, zum anderen über die hierfür vorgesehenen Rücklagen der Krankenkassen (§ 260 Abs. 3 SGB V).

#### 4. Beitragseinzug früher und umfassender optimieren

Positiv ist, dass Arbeitgeber künftig die Möglichkeit erhalten, Sozialversicherungsbeiträge, Beitragsnachweise und Meldungen – statt an die einzelnen Krankenkassen der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer – an eine einzige Stelle (Weiterleitungsstelle) abzuführen (§ 28f Abs. 4 SGB IV). Damit wird ein langjähriger Vorschlag der BDA zum Bürokratieabbau aufgegriffen.

Allerdings darf der Aufgabenbereich der Weiterleitungsstelle nicht nur die Annahme und Weiterleitung von Beiträgen, Beitragsnachweisen und Meldungen umfassen. Vielmehr müssen die Weiterleitungsstellen alle Aufgaben übernehmen, die heute die Einzugsstellen gegenüber den Arbeitgebern erfüllen. Insbesondere müssen die Weiterleitungsstellen rechtsverbindliche Entscheidungen gegenüber den übrigen Einzugsstellen und dem für die Betriebsprüfung zuständigen Rentenversicherungsträger treffen können. Viele Arbeitgeber haben mit dem heutigen Beitragseinzug deshalb erhebliche Schwierigkeiten, weil einerseits die einzelnen Krankenkassen und andererseits Krankenkassen und Betriebsprüfung der Rentenversicherungsträger beitrags- und versicherungsrechtliche Fragestellungen teilweise unterschiedlich beurteilen. Hinzu kommt, dass unterschiedliche Satzungsregelungen (z. B. zur Fälligkeit der Beiträge für freiwillig Versicherte oder zum Einreichungszeitpunkt des Beitragsnachweises) bestehen. In die richtige Richtung geht deshalb die dem Spitzenverband Bund zugedachte Aufgabe, in grundsätzlichen Fach – und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge zu treffen.



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

Die Einrichtung von Weiterleitungsstellen sollte spätestens zum Jahresbeginn 2008 erfolgen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die geplanten Erleichterungen beim Beitragseinzug erst für 2011 vorgesehen sind. Wenn Bürokratieabbau tatsächlich künftig Vorrang haben soll, darf die Einführung von Weiterleitungsstellen nicht als die mit Abstand letzte Regelung der gesamten Gesundheitsreform in Kraft treten (Art. 46 Abs. 8).

Schließlich sollte die Einrichtung der Weiterleitungsstellen rechtlich stärker abgesichert werden. Der bloße Auftrag an die Krankenkassen („Die Krankenkassen stellen sicher ...“) sollte durch eine klare Aufgabenzuweisung ersetzt werden.

Zu begrüßen ist, dass der Zusatzbeitrag nicht vom Arbeitgeber einzuziehen, sondern unmittelbar vom Mitglied der Krankenkasse zu zahlen ist. Hierdurch wird eine sonst drohende erhebliche bürokratische Belastung der Entgeltabrechnung der Betriebe vermieden.

## **5. Konzentration auf Kernleistungen findet nicht statt**

Beim Leistungskatalog bleiben die notwendige Konzentration auf Kernleistungen sowie der Ausbau der Eigenbeteiligung aus. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Minderausgaben beschränken sich auf lediglich ein Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit wird das vorhandene Einspar- und Beitragssatzsenkungspotenzial bei weitem nicht ausgeschöpft. Zielrichtung muss sein, dass die Krankenkassen nur die Leistungen finanzieren, die den Einzelnen überfordern. Außerdem sollten ausschließlich evidenzbasierte Diagnose- und Therapieverfahren unter die Leistungspflicht der Kassen fallen.

Dem Gesetzentwurf zufolge sollen demgegenüber lediglich in Fällen von selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (z. B. nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen) Leistungsbeschränkungen erfolgen. Im Gegenteil sind sogar Leistungsausweitungen bei geriatrischer Rehabilitation, Palliativversorgung, Impfungen, Mutter/Vater-Kind-Kuren und der Versorgung von Heimbewohnern und anderen Personen vorgesehen.

Auch bei den Zuzahlungen sind kaum Änderungen vorgesehen. Die Regelung, die reduzierte Belastungsobergrenze für Chroniker von einem therapiegerechten Verhalten abhängig zu machen, ist allerdings sehr zu begrüßen, weil sie Eigenverantwortung stärkt und belohnt.

Erforderlich ist jedoch ein deutlich stärkerer Ausbau der Eigenverantwortung – z. B. durch Heraufsetzung der Belastungsobergrenze von 2 auf 3 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen oder Umstellung auf eine



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006



Praxisgebühr von 5 € je Arztbesuch (statt heute 10 € im Quartal). Damit würde ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten gefördert und das für die Sozialversicherung grundlegende Subsidiaritätsprinzip, nach dem zunächst der Einzelne für sich selbst sorgt und erst bei Überforderung die Solidargemeinschaft einspringt, gestärkt.

## 6. Ausbau wettbewerblicher Elemente reicht nicht aus

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind im Wesentlichen positiv zu bewerten. Schließlich sind Vertrags- und Versorgungswettbewerb die wirksamsten Instrumente zur Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen. Eine umfassende wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ist allerdings im Gesetzentwurf nicht vorgesehen.

Im Interesse eines intensiveren Wettbewerbs ist positiv zu bewerten, dass infolge der einheitlichen Bestimmung des Beitragssatzes künftig der Versicherte allein – so wie seit langem von der BDA gefordert – die finanziellen Konsequenzen seiner Krankenkassenwahl trägt. Der Versicherte profitiert damit im vollen Umfang bei Wahl einer günstigen Krankenkasse bzw. muss allein für die finanziellen Konsequenzen aufkommen, wenn er sich für eine teure Krankenkasse entscheidet. Dadurch werden deutlich größere Anreize zum Wechsel in kostengünstige Krankenkassen gesetzt. Sinnvoll ist zudem die Hinweispflicht der Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, auf die Möglichkeit eines Kasenswechsels, weil hierdurch die Inanspruchnahme des Wechselrechts positiv beeinflusst und damit der Wettbewerb gefördert wird.

Zu begrüßen ist außerdem, dass die Versicherten künftig die Wahl zwischen mehreren Tarifen und Angeboten haben sollen. Hierzu gehört die Möglichkeit, Kostenerstattung, Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr oder besondere Versorgungsformen wählen zu können. Sinnvoll wäre jedoch, den Wettbewerb um die beste Versorgung noch sehr viel weiter auszubauen. Die Krankenkassen müssen in allen Bereichen eigenständig über Preise, Mengen und Qualitäten mit den Leistungserbringern verhandeln können. Sie sollten generell frei bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen lassen. Insofern passt nicht die jetzt vorgesehene Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform (z. B. Hausarztтарif) anzubieten. Welche Versorgungsformen sinnvoll sind, sollte der Wettbewerb und nicht der Gesetzgeber entscheiden.

Erfreulich ist, dass neben den Kollektivvertrag vermehrt Einzelverträge und Ausschreibungen zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit treten sollen. Die Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern lassen mittel- und langfristig Effizienzgewinne erwarten. Statt allerdings bei der Neuordnung des ärztlichen Vergütungssystems konsequent auf einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zu setzen, ist ein einheitliches Vergütungssystem vorgesehen, bei dem nicht hinreichend gewährleistet ist, dass Mengenausweitungen und damit höhere Kosten vermieden werden können. Hier müssen den gesetzlichen Krankenkassen weit reichende Möglichkeiten in der Vertragsgestaltung eingeräumt werden, um solchen Kostensteigerungen wirksam entgegenwirken zu können.

Die Ausweitung der Ausschreibungsverfahren für Hilfsmittel sowie der Wegfall der bisherigen Zulassung für Leistungserbringer sind positiv zu werten. Hierdurch können die Krankenkassen besser auf eine kostengünstige Versorgung hinwirken. Sichergestellt sein muss hierbei jedoch, dass die Leistungserbringer vor der Nachfragemacht der Krankenkassen durch das Wettbewerbsrecht geschützt sind.

Auch die für Arzneimittel vorgesehene Kosten-Nutzen-Bewertung ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings muss gewährleistet sein, dass hierdurch nicht der Forschungsstandort Deutschland in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Pharma-Unternehmen müssen deshalb an dem Bewertungsprozess aktiv beteiligt werden, um einseitige Beurteilungen und Ergebnisse zu vermeiden.

## **7. Neue Organisationsstrukturen dürfen nicht zu mehr staatlichem Einfluss führen**

Eine Verschlinkung der Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen ist grundsätzlich sinnvoll, darf aber nicht zu mehr Staatseinfluss führen und den erforderlichen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen beschränken.

Insbesondere dürfen dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen keine Aufgaben übertragen werden, die es den einzelnen Krankenkassen erschweren, sich von ihren Wettbewerbern abzugrenzen. Außerdem darf der Spitzenverband Bund nicht zur Durchsetzung staatlicher Vorhaben und Maßnahmen zweckentfremdet werden.

Das Vorhaben, den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Hauptamtlichen zu besetzen, ist zu begrüßen. Allerdings muss bezweifelt werden, ob weisungsunabhängige Hauptamtliche, die zudem noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss vergütet werden, noch als Vertreter der entscheidenden Institutionen bezeichnet werden können. Von einer echten Selbstverwaltung kann hier jedenfalls nicht mehr die Rede sein. Die Mitwirkung der Krankenkassen beschränkt sich schließlich nur noch auf das Recht, drei Mitglieder zu benennen. Die Tatsache, dass durch



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

Rechtsverordnung insbesondere Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder, Organisation und Verfahren der Entscheidungsvorbereitung sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle geregelt werden sollen, belegen die Gefahr eines zunehmenden Staatseinflusses.

Die Absicht, kassenartenübergreifende Fusionen zuzulassen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Hierdurch werden weitere Möglichkeiten für sinnvolle Zusammenschlüsse eröffnet

## **8. Private Krankenversicherung stärken statt schwächen**

Die private Krankenversicherung soll zwar als Vollversicherung erhalten bleiben. Sie wird jedoch grundlegend umkonstruiert und im Ergebnis geschwächt. Dies muss vor allem deshalb verhindert werden, weil die private Krankenversicherung durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen sehr viel besser als die gesetzliche Krankenversicherung auf den demografischen Wandel vorbereitet ist.

Insbesondere wird die private Krankenversicherung unnötig dadurch beeinträchtigt, dass Arbeitnehmer erst dann in die private Krankenversicherung wechseln dürfen, wenn ihr Arbeitsentgelt zuvor drei Jahre nacheinander die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat. Der große Vorteil der privaten Krankenversicherung ist insbesondere die kapitalgedeckte Vorsorge über Alterungsrückstellungen. Dieser Vorteil wirkt umso stärker, je früher Versicherte in die private Krankenversicherung wechseln. Gerade deshalb ist die jetzt geplante Zugangsbeschränkung ein Schritt in die falsche Richtung, auf den ersatzlos verzichtet werden sollte. Hinzu kommt, dass eine Beurteilung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts der letzten drei Jahre mit hohem bürokratischen Aufwand verbunden ist. Dies gilt insbesondere, wenn der Arbeitnehmer zuvor bei anderen Arbeitgebern beschäftigt war. Daher muss die Drei-Jahres-Regel ersatzlos gestrichen werden.

Vollkommen unpraktikabel und mit zahlreichen Einzelproblemen verbunden ist das geplante rückwirkende Inkrafttreten der Drei-Jahres-Regel: Personen, die zwischen dem Tag der ersten Lesung und der Verkündung im Bundesgesetzblatt eine private Krankenversicherung begründet haben, obwohl ihr regelmäßiges Arbeitsentgelt noch nicht in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat, sollen rückwirkend vom Tag der ersten Lesung an wieder versicherungspflichtig werden. Dies würde nicht nur zu einer Rückabwicklung zwischen Arbeitnehmer und privater Krankenversicherung führen, sondern auch zu einer rückwirkenden Korrektur der Beitragsabrechnung, der Lohnunterlagen und der entsprechenden Meldungen durch den Arbeitgeber und einer nachträglichen Beitragspflicht zur ge-



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006

gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber mit einer nachträglichen Verrechnung mit dem Arbeitsentgelt.

Der geplante Basistarif ist jedenfalls in der jetzt vorgesehenen Form strikt abzulehnen. Er ermöglicht allen, die einmal privat krankenversichert waren, die jederzeitige Rückkehr in die private Krankenversicherung ohne Risikoprüfung und setzt damit Anreize, ganz auf Versicherungsschutz zu verzichten, weil bei Eintritt einer Erkrankung immer noch ein Versicherungsschutz zu finanzierbaren Bedingungen möglich ist (Förderung von sog. moral hazard). Mit den im Basistarif weitgehend frei wählbaren Selbsthalten werden weitere unsolidarische Beitragsoptimierungsstrategien gefördert: Der – meist junge – Gesunde kann zunächst den hohen Selbstbehalt wählen und später im Krankheitsfall dennoch in den Tarif ohne Selbstbehalt umsteigen und wird dann auch noch durch gesetzliche Höchsttarife und Risikoausgleichmechanismen vor Überforderung zu Lasten der übrigen Versichertengemeinschaft bewahrt.

Hinzu kommt, dass ein solcher Basistarif von den Bestandskunden der privaten Krankenversicherung – und der zuschussverpflichteten Arbeitgeber – subventioniert werden müsste, denn bei Hilfebedürftigkeit i. S. d. SGB II oder XII soll die im Basistarif zu zahlende Prämie zunächst zu Lasten aller PKV-Versicherten halbiert und erst bei fortbestehender Bedürftigkeit vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII bezuschusst werden. Die daraus resultierenden Quersubventionierungen aus anderen Tarifen würden nicht nur zu Beitragserhöhungen führen, sondern auch einen verfassungsrechtlich problematischen Eingriff in alle bestehenden privaten Krankenversicherungsverträge darstellen.

Grundsätzlich sinnvoll ist dagegen die vorgesehene Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellungen beim Wechsel zwischen Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Hierdurch wird der Wettbewerb innerhalb der privaten Krankenversicherung ausgeweitet.



Gesundheitsreform verfehlt alle wesentlichen Ziele

Berlin, 6. November 2006