



Stellungnahme des Deutschen Führungskräfteverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (BT-Drs. 16/3100)

1. Einleitung: Erwartungen des Deutschen Führungskräfteverbands an das GKV-WSG und Betroffenheit seiner Mitglieder

Der Deutsche Führungskräfteverband (ULA) ist mit rund 50.000 Mitgliedern die größte politische Vertretung von außertariflichen Angestellten und Leitenden Angestellten.

Seine Mitglieder sind mehrheitlich freiwillig gesetzlich krankenversichert. Ein mehr als nur geringfügiger Mitgliederanteil hat sich für eine private Krankenvollversicherung entschieden. Der Deutsche Führungskräfteverband betrachtet beide Systeme als gleichwertig und den Wettbewerb im Bereich der freiwillig Versicherten als ein positives und belebendes Element für das deutsche Gesundheitswesen und nicht als einen Teil seiner Probleme.

Für den Verband stehen bei der Beurteilung des Referenten-Entwurfs folgende verbandspolitische Ziele und Wunschvorstellungen im Vordergrund:

1. Erhaltung einer sinnvollen Abgrenzung zwischen GKV und PKV,
2. Erhöhung der Wahlfreiheit für Versicherte,
3. Verbesserung der Transparenz des Leistungsangebots und der Preise,
4. Mehr Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und den mit ihnen kontrahierenden Leistungsanbietern im Interesse einer wirtschaftlichen Verwendung der Beitragsmittel,
5. Neuordnung der Finanzierung der Krankenversicherung im Interesse einer Entlastung des Faktors Arbeit und einer Erhöhung der Einstellungsbereitschaft der Arbeitgeber,
6. Vorrang für staatsferne oder mittelbar staatliche und wettbewerblich angelegte Strukturen und Prozesse vor einer unmittelbaren staatlichen Steuerung.

2. Allgemeine verbandspolitische Bewertung

Der Gesetzentwurf wird den vorstehend skizzierten Erwartungen des Deutschen Führungskräfteverbands nur in Ansätzen gerecht.

Positiv ist vorherzuheben,

- dass die Regierung sich darauf verpflichtet, einen Versicherungsschutz für alle Einwohner sicherzustellen,
- dass in Teilbereichen, wie zum Beispiel der Kostenerstattung, die Wahlfreiheit der Versicherten erhöht wird,
- dass die Chancen auf mehr Transparenz auf der Ausgabenseite durch die Ankündigung der Einführung einer Euro-Gebührenordnung steigen

Über diese lobenswerten Teilaspekte hinaus geht der Referenten-Entwurf aber größtenteils an den Erfordernissen einer nachhaltig wirksamen Reform vorbei.

Das Ziel einer Entkopplung der Krankenversicherung von den Lohnnebenkosten wird verfehlt

Das Gesetz wird dem selbstformulierten Anspruch nicht gerecht, den Wettbewerb im Gesundheitswesen beziehungsweise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands droht vielmehr genau das Gegenteil, nämlich eine erhebliche Schwächung des Wettbewerbs.

Dies gilt insbesondere für die Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes im Zuge der Einführung des sogenannten "Gesundheitsfonds" sowie für die geplante Neuordnung des Verbandswesens. Die Neuordnung geht weit über das grundsätzlich zu befürwortende Ziel hinaus, *wettbewerbsneutrale* Aufgaben kassenartenübergreifend zu bündeln.

Der Gesetzentwurf instrumentalisiert das VVG und das VAG für eine "Sozialisierung" der PKV und belastet ihren Versichertenbestand überproportional

Kritik verdienen auch die geplanten Neuregelungen an der Schnittstelle zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, zum Beispiel die Verlängerung der Wartezeiten für einen Wechsel in die private Krankenversicherung nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

Die Garantie des Bestandes der privaten Krankenvollversicherung als eine eigenständige Säule des Krankenversicherungswesens erweist sich darüber hinaus bei näherer Betrachtung als eine nahezu "leere Hülle".

Aus der Summe der neuen Regulierungsanforderungen an die Anbieter einer privaten Krankenvollversicherung könnte sich auf lange Sicht eine Abschaffung der privaten Vollversicherung in ihrer heutigen Form und ihre Ersetzung durch ein privatrechtlich organisiertes Imitat der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben.

Die undifferenzierte Anwendung der neuen Regelungen auf Bestandsversicherte droht diesen massive finanzielle Belastungen aufzuerlegen, die auch durch einen - erzwungenen bzw. unfreiwilligen - Wechsel in den Basistarif nicht vollständig kompensiert werden können.

Zwar hält es der Deutsche Führungskräfteverband prinzipiell für vertretbar, dass auch Unternehmen der privaten Krankenversicherung dazu verpflichtet werden, diejenigen nichtversicherten Bevölkerungsgruppen einen Mindestversicherungsschutz anzubieten, die traditionell nicht zu den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Gleiches gilt für eine Öffnung der privaten Krankenversicherung für freiwillig Versicherte ohne Risikoprüfung beziehungsweise ohne Leistungsausschlüsse.

Unter den Rahmenbedingungen des vorliegenden Gesetzentwurfs hält der Deutsche Führungskräfteverband aber die angestrebte Öffnung der privaten Krankenversicherung für nicht akzeptabel.

Akzeptabel wäre die Öffnung nur unter der Bedingung einer massiven Reduzierung der jetzt geplanten Regulierungsintensität.

Zu kritisieren ist insbesondere die künstliche und viel zu niedrig bemessene Beitragsobergrenze von 100 Prozent des GKV-Höchstbetrags beziehungsweise von 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags für Ehepaare und Lebenspartner. Dies widerspricht den Prinzipien einer notwendigen risikobezogenen Beitragskalkulation

Der Deutsche Führungskräfteverband hält den Versuch, eine Systemkonvergenz zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung im Wege versicherungsaufsichts- und versicherungsvertragsrechtlicher Auflagen zu erzwingen, für falsch.

Die Systemvielfalt bei den Versicherungen ist aus Sicht des Verbands ein belebendes und die Stabilität erhöhendes Element des Gesundheitswesens. Die spezifischen Vorzüge der kapitalgedeckten und risikoäquivalent kalkulierenden privaten Krankenversicherung sollten daher nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden.

Schon gar nicht sollten Versicherungsaufsichts- oder Versicherungsvertragsrecht als Mechanismus eingesetzt werden, um Privatversicherten eine finanzielle "Bestrafung" für einen (irrigerweise) als unsolidarisch angesehenen Wechsel in ein privates Versicherungsverhältnis aufzuerlegen.

Die faktische Verstaatlichung der Krankenkassen und der Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung steht im Widerspruch zum Ziel der Wettbewerbsstärkung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kritisiert der Deutsche Führungskräfteverband zentrale Reformbestandteile als eine Abkehr vom Organisationsprinzip der Selbstverwaltung und als einen Schritt in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

Ähnlich zentralistische Ansätze finden sich bei den geplanten Neuregelungen im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, etwa bei der Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Eine Abkehr vom Prinzip der (gemeinsamen) Selbstverwaltung hält der Deutsche Führungskräfteverband für den falschen Weg, da dies zu einer Schwächung und nicht zu einer Stärkung des Wettbewerbs unter Versicherungen und Leistungsanbietern führen würde.

Wettbewerb ist dabei für den Deutschen Führungskräfteverband kein Selbstzweck. Vielmehr ist der Verband davon überzeugt, dass sozial- und gesundheitspolitische Teilhabeziele angesichts einer begrenzten Finanzierungsbasis nur erreicht werden können, wenn unnötige Wettbewerbsbeschränkungen im Gesundheitswesen aufgehoben und auf den Aufbau neuer verzichtet wird.

3. Zu den Gesetzesvorschlägen im Einzelnen¹

Zu Nr. 2 a) aa) Ref-E: § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (Zugang zur Krankenversicherung der Rentner)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die überfällige Anpassung des Gesetzestextes an den seit 1. April 2002 geltenden Rechtsstand.

Zu Artikel 1 Nr. 2 a cc) Ref-E: § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Versicherungspflicht für Nichtversicherte, die der GKV zugerechnet werden können)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die Zielsetzung des Gesetzgebers, einen lückenlosen Versicherungsschutz aller Bürger sicherzustellen. Die Abgrenzung zwischen denjenigen bislang Nichtversicherten, die der gesetzlichen und denjenigen bislang Nichtversicherten, die der privaten Krankenversicherung zugerechnet werden, ist jedoch nicht in allen Details überzeugend.

Begründung:

Zur Begründung wird beispielhaft auf die nachfolgenden Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 b) Ref-E verwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 2 b) Ref-E: § 5 Abs. 5a SGB V (Einschränkung der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die geplante Ausnahmeregelung von der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II ab.

Begründung:

In Anknüpfung an die Ausführungen zu Nr. 2 a cc) erscheint es dem Deutschen Führungskräfteverband grundsätzlich sachgerecht, dass bei bestimmten Personengruppen, etwa bei den Selbstständigen, kein neuer Versicherungspflichttatbestand eingeführt wird.

So erscheint es noch vertretbar, bei selbständig Tätigen die Verpflichtung zur Sicherstellung eines Krankenversicherungsschutzes den privaten Versicherungsunternehmen zu übertragen, sofern diese Selbstständigen nicht bedürftig sind.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II sollte es jedoch ohne Ausnahmen bei der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Ein wirksamer Krankenversicherungsschutz und die Sicherstellung des Existenzminimums, zu dem auch ein ausreichender Krankenversicherungsschutz gehört, sind aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands originär staatliche Aufgaben.

Gegen eine Übertragung auf private Unternehmen sprechen somit grundsätzliche Bedenken. Es widerspricht auch der Logik des Sozialversicherungsrechts, demzufolge eine Versicherungspflicht stets in engem Zusammenhang mit der individuellen Schutzbedürftigkeit steht, hier eine Ausnahmeregelung zu schaffen, die erkennbar lediglich der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der privaten Versicherungsunternehmen dient.

¹ Die fortlaufende Aufzählung folgt chronologisch der des Referenten-Entwurfs mit Ausnahme der Artikel 1 und 2, die sich jeweils auf das SGB V beziehen. Hier folgt die Aufzählung der des SGB V.

Das im Referentenentwurf genannte Argument einer Neuregelung des Verhältnisses von privater und gesetzlicher Krankenvollversicherung vermag diesen Systembruch nicht überzeugend zu rechtfertigen.

Zu Artikel 1 Nr. 3 Ref-E: § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Neue Voraussetzungen für Versicherungsfreiheit nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die geplante Verschärfung der Voraussetzungen für eine Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 ab. Angemessen wäre allenfalls eine Verdoppelung des Zeitraums, in dem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze bezogen werden müssen. Er sollte künftig zwei Jahre betragen.

Begründung:

Der Deutsche Führungskräfteverband kann das gesetzgeberische Anliegen insoweit nachvollziehen, als nicht allein vorübergehende oder auf Sonderfaktoren beruhende Gehaltsprünge dazu führen, dass ein Arbeitnehmer versicherungsfrei und zum Wechsel in eine private Krankenvollversicherung berechtigt wird.

Zwei Jahre sind als Prognosezeitraum für die Frage, ob das aus einer Beschäftigung erzielte Entgelt dauerhaft oberhalb der Bemessungsgrenze liegt, jedoch mehr als ausreichend.

Für Berufsanfänger, die in ihrer ersten Beschäftigung ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze beziehen, sollte im übrigen, entgegen der ausdrücklichen Absicht des Referenten-Entwurfs eine Ausnahmeregelung, etwa ein Befreiungstatbestand in § 8, geschaffen und die Ausnahmeregelungen in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Nr. 3 beibehalten werden.

Ein erzwungener Wechsel von Berufsanfängern, die bereits vor Aufnahme ihrer Berufstätigkeit privat vollversichert waren und nicht freiwillig in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren, lehnt der Deutsche Führungskräfteverband ab.

Es sollte auch hier das ungeschriebene Leitbild "Einmal privat, immer privat" gelten, demzufolge eine Entscheidung für die private Krankenvollversicherung im Regelfall lebenslang bindend ist und dem Versicherten unnötige Wechsel zwischen beiden Versicherungssystemen erspart.

Im vorliegenden Fall könnten den Betroffenen durch den Wegfall der Möglichkeit, nach Aufnahme der Berufstätigkeit nahtlos in einen Tarif für Erwerbstätige zu wechseln, finanzielle Nachteile entstehen, die sachlich nicht hinreichend gerechtfertigt sind.

Zu Artikel 1 Nr. 5 Ref-E: § 9 Abs. 1 Satz Nr. 3 und Abs. 2 Satz 3 SGB V (Begrenzung des Zugangs zur freiwilligen Versicherung)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Streichung der Tatbestände für die freiwillige Versicherung ab.

Begründung: Auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 4 wird verwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 8 Ref-E: § 13 SGB V (Kostenerstattung als Alternative zur Sachleistung)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt ausdrücklich die Erleichterungen bei der Inanspruchnahme der optionalen Kostenerstattung, insbesondere, dass Versicherte künftig bei

jeder einzelnen Behandlung frei, individuell und flexibel darüber entscheiden können, ob sie die Leistung im Rahmen des Sachleistungsprinzips oder gegen Kostenerstattung in Anspruch nehmen.

Begründung:

Durch wiederholte gesetzgeberische Eingriffe, insbesondere durch das GKV-Modernisierungsgesetz, erweist sich die Kostenerstattungsoption in ihrer derzeit noch geltenden Fassung für Versicherte auf vielfältige Weise als unattraktiv und risikobehaftet.

Dadurch kann der mögliche Beitrag der Kostenerstattung zu mehr Kostentransparenz (für Anbieter und Versicherte gleichermaßen) und zu einem kostenbewussten und eigenverantwortlichem Verhalten der Versicherten nicht zum Tragen kommen.

Die geplanten Änderungen tragen demgegenüber den bereits in der Vergangenheit geäußerten Wünschen des Deutschen Führungskräfteverbands für eine möglichst freie Wahl der Versicherten zwischen Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip weitgehend Rechnung.

Zu Artikel 1 Nr. 9 Ref-E: § 53 SGB V (Beitragsmodelle mit Selbstbehalt)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt das Vorhaben, allen Versicherten Beitragsmodelle mit einem Selbstbehalt zugänglich zu machen.

Begründung:

Insbesondere angesichts der fortbestehenden Konkurrenz zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der freiwillig Versicherten handelt es sich hier um ein wichtiges Wettbewerbsinstrument der gesetzlichen Krankenkassen.

Zugleich könnte die Neuregelung Anreize für eine kostenbewusste Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erzeugen. Die Obergrenzen für die Prämienzahlungen an Versicherte in § 53 Abs. 6 SGB V Ref-E sind angemessen und im Rahmen einer Sozialversicherung wohl auch notwendig.

Zu Artikel 1 § Nr. 45: § 73b SGB V (Hausarzt-Modelle)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt im Kern die geplante Regelung, derzufolge die von den Krankenkassen anzubietenden Hausarztmodelle aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst werden.

Begründung:

Eine stärkere Steuerung der Behandlung durch einen Hausarzt oder Allgemeinmediziner kann zu Kosteneinsparungen führen, wenn dadurch nicht indizierte und damit teure Besuche bei Fachärzten vermieden werden.

Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands sollte allerdings, wie derzeit im Referentenentwurf vorgesehen, die Teilnahme an Hausarztmodellen weiterhin freiwillig bleiben. In einer Gesamtabwägung zwischen Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung und dem Prinzip der freien Arztwahl gebührt letzterem Grundsatz weiterhin der Vorrang. Ein übermäßig paternalistisches Leitbild der medizinischen Behandlung steht im Widerspruch zum Grundsatz der Eigenverantwortung und unterschätzt die Befähigung des Versicherten, über die Angemessenheit einer medizinischen Behandlung ein eigenes Urteil zu bilden.

Besonders positiv bewertet der Deutsche Führungskräfteverband, dass die Vergütungen der Ärzte im Rahmen der Hausarztbehandlung aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden. Dass insoweit auch der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, ist folgerichtig.

Generell hätte es sich der Deutsche Führungskräfteverband gewünscht, dass bei der Erprobung von direkten Vertragsbeziehungen mehr Mut bewiesen wird, insbesondere zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern oder bei Preisverhandlungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Pharmaunternehmen über die Arzneimittelpreise.

Was den Aspekt anbelangt, dass auf Grund der Verpflichtung, ihren Versicherten flächendeckend die Teilnahme an Hausarztmodellen anzubieten, kleinere Krankenkassen oder Krankenkassen mit lediglich regionalem Schwerpunkt unter einen erhöhten Fusionsdruck geraten könnten, wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 130 verwiesen.

Zu Artikel 2 Nr. 14 : § 91 SGB (Neuordnung Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die engere Anbindung des (für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen verantwortlichen) Gemeinsamen Bundesausschusses an die Bundesregierung ab, insbesondere das Benennungsrecht für dessen Vorstand durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Begründung:

Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands hat sich die Verantwortlichkeit des (selbstverwalteten) Gemeinsamen Bundesausschusses für die Konkretisierung des Leistungskatalogs im wesentlichen bewährt. Wünschenswert für die Zukunft wären zwar Änderungen in Bezug auf die Transparenz der Entscheidungen, die Rechenschaftspflichtigkeit oder die Offenheit für fachliche Stellungnahmen anderer Akteure des Gesundheitswesens. Keinen Änderungsbedarf kann der Deutsche Führungskräfteverband jedoch hinsichtlich der Staatsferne erkennen, die durch den vorliegenden Gesetzentwurf deutlich reduziert zu werden droht.

Abgesehen von einzelnen Leistungsbereichen, die für eine konkrete gesetzgeberische Regelung geeignet sind, sieht der Verband Einzelentscheidungen über den Leistungskatalog als einen dynamischen Prozess an, der vor allem nach fachlichen und evidenzbasierten Kriterien erfolgen soll.

Eine Politisierung dieser Entscheidungsvorgänge birgt die Gefahr, dass nach sachfremden Kriterien entschieden wird und die Erstattungsfähigkeit von Leistungen im Ergebnis mehr denn je eine Frage des politischen Drucks auf die Entscheidungsträger wird. Dies würde letztlich auch die Beitragssatzstabilität gefährden.

Zu Artikel 1 Nr. 130: § 171a SGB V (Kassenartenübergreifende Fusionen)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt im Grundsatz die Zulassung kassenartübergreifender Vereinigungen von Krankenkassen. Allerdings muss die Gefahr der Entstehung einer marktbeherrschenden Stellung einzelner Krankenkassen wirksam ausgeschlossen werden.

Begründung:

Der Deutsche Führungskräfteverband sieht Krankenkassenfusionen nicht als Selbstzweck an. Unbeschadet möglicher Kosteneinsparungen aus einer Reduzierung der Zahl von derzeit rund 240 Krankenkassen sollte auch in Zukunft eine Mindestzahl von Krankenkassen bestehen bleiben, die sowohl im Bereich der Versorgungsqualität (Steuerungsparameter: Güte der

von den Krankenkassen ausgehandelten Verträge mit Leistungserbringern) als auch im Bereich der Beitragssätze (möglich nur bei einem Verzicht auf den Gesundheitsfonds) mit einander im Wettbewerb stehen.

Gleichwohl ist die gegliederte Struktur der Krankenkassenverbände, die im Kern noch eine längst überwundene ständische Gesellschaftsordnung widerspiegelt, für sich betrachtet nicht erhaltens- oder schützenswert.

Die in der Begründung des Referenten-Entwurfs wiedergegebene Einschätzung des Bundeskartellamts, derzufolge sich die Behörde auch bei Kassenfusionen zuständig sieht, wertet der Deutsche Führungskräfteverband als wichtiges Signal.

Sollten die Ressortabstimmung und die Anhörung der Experten Hinweise auf einen weitergehende Notwendigkeit für die Kontrolle von Krankenkassenfusionen ergeben, fordert auch der Deutsche Führungskräfteverband, diesem Bedarf durch geeignete gesetzliche Regelungen Rechnung zu tragen.

Zu Artikel 1 Nr. 149 Ref-E: § 217 f. (Gründung des Spitzenverband Bund)

Eine Ersetzung der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen durch einen einheitlichen Spitzenverband Bund ist nur akzeptabel, wenn dieser sich auf wettbewerbsneutrale Aufgaben beschränkt.

Begründung:

Gegen einen allein für wettbewerbsneutrale Aufgaben zuständigen Bundesverband, der es ermöglicht, für wettbewerbsneutrale Aufgaben einheitliche Regelungen zu treffen, etwa im Bereich des Verwaltungsverfahrens, bestehen keine Einwände.

Es muss jedoch verhindert werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zu einem Instrument einer zentralistischen Steuerung durch das Bundesministerium für Gesundheit wird. Dies stünde im Widerspruch zum Ziel einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Zu Artikel 2 Nr. 29 Ref-E: § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an den Ausgaben der GKV)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Kürzung der Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen ab.

Begründung:

Eine Finanzierung der familienpolitischen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen allein durch die Beitragszahler ist sachfremd und systemwidrig. Die Kürzung der Bundesmittel um über 1 Milliarde Euro belastet Arbeitgeber und Arbeitnehmer und läuft der Notwendigkeit einer Senkung der Lohnnebenkosten zuwider.

Zu Artikel 1 Nr. 159 Ref-E: § 241 SGB V (Allgemeiner Beitragssatz)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die bundesweit einheitliche Festlegung eines Beitragssatzes durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung entschieden ab.

Begründung:

Die eigenständige Festlegung der Beitragssätze der Krankenkassen durch deren Verwaltungsräte ist ein Kernbestandteil der Selbstverwaltung und darüber hinaus eine wichtige Voraussetzung für den noch weiter ausbaubedürftigen Kassenwettbewerb. Durch die Verordnungsermächtigung würde nicht nur dieser Wettbewerbsparameter eliminiert, die Regierung wäre darüber hinaus ermächtigt, die den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stehenden Geldmittel exakt zu regulieren.

Auch hierdurch erhöht sich die Abhängigkeit der Krankenkassen von der Bundesregierung und deren Potential für eine zentralistische Steuerung.

Der Deutsche Führungskräfteverband kritisiert insbesondere, dass die Höhe des Beitragssatzes von einer durch Selbstverwaltungsgremien nach wirtschaftlichen Aspekten getroffenen zu einer politischen Frage wird. Hierdurch verringert sich auf Grund der vermehrten Ansatzpunkte für politische Interventionen die Chance auf mehr Beitragssatzstabilität. Der Umstand, dass zum Start des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 im Interesse der Krankenkassen mit ungünstiger Risikostruktur die Angleichung des bundesweit geltenden Beitragssatzes "nach oben" stattfindet, ist bereits ein erster Beleg für diese These.

Der Verband empfindet daher den bundeseinheitlichen Beitragssatz als kontraproduktiv sowohl im Hinblick auf das Ziel einer Stärkung des Wettbewerbs als auch und im Hinblick auf das im Vorfeld der Regierungsbildung noch von allen Koalitionsparteien mitgetragene Ziel einer Entlastung der Lohnnebenkosten und einer Senkung der Beitragssätze der Krankenkassen.

Zu Artikel 1 Nr. 161 Ref-E: § 242 SGB V (Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt auch die geplanten Regelungen für den Zusatzbeitrag ab.

Begründung:

Der Zusatzbeitrag ist eine funktionale Ergänzung des bundeseinheitlichen allgemeinen Beitragssatzes. Insoweit wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 159 verwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 182 Ref-E: § 271 SGB V (Errichtung des Gesundheitsfonds)

Der Deutsche Führungskräfteverband hält den Gesundheitsfonds für ein unnötiges Instrument und für ein Instrument einer zentralistischen Steuerung der Krankenkassen im vorgenannten Sinne. Er lehnt die Errichtung dieses Fonds demnach ab.

Begründung:

Zur Begründung wird auf die vorstehenden Ausführungen auf die Einleitung dieser Stellungnahme verwiesen.

Zu Artikel 35 Nr. 4: § 178f. VVG (Portabilität von Alterungsrückstellungen)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt dem Grunde nach die Schaffung der Portabilität von Alterungsrückstellungen für privat Vollversicherte. Soweit eine Geltung der Neuregelung auch für bereits abgeschlossene Verträge zu überproportionalen Beitragserhöhungen führen würde, sollte über Ausnahmeregelungen nachgedacht werden bis hin zu einer vollständigen Ausnahme des Bestands an Altverträgen von den Regelungen zur Portabilität.

Begründung:

Ob und in welcher Höhe für Versicherte in bereits bestehenden Vollversicherungsbeiträgen durch die Neuregelungen zur Portabilität der Alterungsrückstellungen Beitragserhöhungen dienen, vermag der Deutsche Führungskräfteverband aus eigener Anschauung heraus nicht beurteilen. Ein Eingriff in die Kalkulationsgrundlagen bestehender Verträge ist jedoch nicht von der Hand zu weisen.

Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes dienen nach dem Verständnis des Verbandes vorrangig dem Verbraucherschutz. Insoweit muss die Neuregelung sich an dem mutmaßlichen Interesse der Versicherungsnehmer orientieren. Hier steht zu vermuten, dass die Versicherten mit zunehmendem Alter bei der Abwägung zwischen stabilen Beiträgen einerseits und einer Verbesserung ihrer Rechtsposition durch die Schaffung der Portabilität ihrer Alterungsrückstellungen stets dem erstgenannten Aspekt, der Beitragssatzstabilität, den Vorrang einräumen werden.

Unter keinen Umständen dürfen Beitragserhöhungen bei Privatversicherten in Folge der Änderung des VVG bei den Betroffenen den Eindruck hervorrufen, es handle sich hier um eine nachträgliche Bestrafung privat Versicherter als "Solidaritätsverweigerer".

Zu Artikel 36 Nr. 5 ff. Ref-E: § 12 VAG (Verpflichtung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, einen Basistarif anzubieten)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Einführung eines Basistarifs

- für bislang nicht privat versicherte freiwillig gesetzlich Krankenversicherte
- sowie für Nichtversicherte, die der privaten Krankenversicherung zuzurechnen sind, nicht grundsätzlich ab.

In der vorliegenden Form sind die Regulierungsanforderungen jedoch weit überzogen und drohen zu einer nicht angezeigten "Sozialisierung" der privaten Krankenversicherung zu führen, das heißt zu einer Angleichung von gesetzlicher und privater in Richtung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Begründung:

Durch den Basistarif in seiner derzeit vorgesehenen Form droht die Vertragsautonomie für die Ausgestaltung privater Krankenversicherungsverhältnisse so weit eingeschränkt zu werden, dass im Ergebnis die Versicherungsunternehmen gezwungen werden könnten, mit privatrechtlichen Instrumenten ein Sozialversicherungssystem in nahezu allen Details bis hin zu einem Risikostrukturausgleich nachzubilden.

Dies ist aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands falsch und, da es sich bei den Betroffenen um nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtige Personen handelt, auch unter dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit nicht angezeigt.

Als Mindestforderung erhebt der Verband daher die Forderung:

- die viel zu niedrige, noch weit unter der des existierenden Standardtarifs liegende Beitragsobergrenze für Einzelpersonen, Ehepaare und Lebenspartner im Basistarif aufzuheben,
- den privaten Versicherungsunternehmen die Möglichkeit zu geben, den Basisschutz frei gestalten zu können und Marktmechanismen über die Ausgestaltung eines attraktiven Leistungsangebots entscheiden zu lassen.

Der Deutsche Führungskräfteverband kritisiert außerdem die dem Gesetzentwurf eingeschriebene Tendenz, den Basistarif auf längere Sicht zum Regelfall für Privatversicherte zu machen.

Finanzielle Belastungen aus dem Basistarif drohen ungeachtet des Risikoausgleichsmechanismus auch auf Bestandsversicherte in anderen Tarifen auszustrahlen. Beitragserhöhungen in diesen Tarifen könnten zu einem "Rutschbahneffekt" in Richtung Basistarif führen, der zu Lasten der Interessen der Versicherten ginge und im Widerspruch zum Prinzip der Vertragsautonomie stünde.

Die zeitliche Begrenzung der Zugangsmöglichkeit zum Basistarif für freiwillig gesetzlich Krankenversicherte ist aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands nachvollziehbar. Der für das Mitgliedschaftsrecht prägende Gedanke, dass mehrfache Wechsel zwischen den Versicherungssystemen (Vorteilshopping) unterbunden werden sollten, gilt auch in Bezug auf einen privatrechtlichen Basistarif.

Gleichwohl hält der Deutsche Führungskräfteverband eine Verlängerung der Übergangsfrist von sechs Monaten auf ein Jahr angesichts der Tragweite der Entscheidung für geboten.

Darüber hinaus sollte in VVG oder VAG eine Ermächtigungsgrundlage für private Versicherungsunternehmen geschaffen werden, um ein Vorteilshopping von Nichtversicherten im Bereich des privaten Basistarifs zu unterbinden, etwa in Form eines kurzfristigen Eintritts im Vorfeld aufwändiger ärztlicher Behandlungen und einem anschließenden (Wieder-) austritt.

Auf die Einführung einer generellen Versicherungspflicht sollte jedoch weiterhin verzichtet werden, da diese einer (aus vorgenannten Gründen nicht angezeigten) Systemkonvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung weiteren Vorschub leisten würde.

Kontakt: Deutscher Führungskräfteverband (ULA) / Kaiserdamm 31 / 14057 Berlin
Hauptgeschäftsführer: Ludger Ramme
Ansprechpartner: Andreas Zimmermann (Geschäftsführer Sozialpolitik)
Tel. (030) 30 69 63 - 0 / Fax (030) 30 69 63 13 / info@ula.de / www.ula.de