



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(15)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Stellungnahme
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages
zum Entwurf eines
Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

25. Oktober 2010

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt die Absicht, mit dem Entwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz das Dreijahresmoratorium für Angestellte beim Wechsel von der GKV zur PKV zu streichen und den Rechtszustand vor dem GKV-WSG wieder herzustellen. Damit setzt der Gesetzgeber einen ganz wichtigen Impuls für die Wahlfreiheit der Versicherten und den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV.

I. Zur Neuregelung der GKV-Beiträge und zum Sozialausgleich aus Steuermitteln

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz sollen die gesetzlichen Krankenkassen einen Teil ihrer Beitragsautonomie wieder zurück erhalten, die sie mit der Einführung des Gesundheitsfonds verloren hatten. Diese Wiedergewinnung von Pluralität bei der GKV-Finanzierung ist zu begrüßen, weil Beitragsvielfalt mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten für die Versicherten einhergeht.

Die bisherige Limitierung des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen entfällt. Es erfolgt ein Sozialausgleich auf Grundlage des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Krankenkassen. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, hat das GKV-Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden. Der

Steuerzuschuss des Bundes an die GKV wird 2011 außerplanmäßig um 2 Mrd. Euro auf 15,3 Mrd. Euro angehoben (vgl. 2010: 11,8 Mrd. planmäßig plus 3,9 Mrd. Euro außerplanmäßig). Der Bundeszuschuss zur GKV (ab 2012 planmäßig 14 Mrd. Euro jährlich) soll in Zukunft offenbar steigen. In welcher Höhe, wird jedoch offen gelassen: „Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.“

Die Finanzierungsreform ist aus PKV-Sicht insofern bedenklich, als die Fortsetzung der Steuerfinanzierung auf hohem Niveau die Privatversicherten weiterhin zur Subventionierung eines Versicherungssystems zwingt, dem gegenüber sie keine Ansprüche haben. Die PKV lehnt aus diesem Grund Steuerzuschüsse an die GKV ab. Diese Zuschüsse sind auch ordnungspolitisch falsch. Sie stellen eine wettbewerbspolitische Benachteiligung der PKV und ihrer Versicherten dar. Die von allen – auch den Privatversicherten – finanzierten Steuersubventionen reduzieren einseitig die Beiträge zur GKV, ohne dass ein plausibler Nachweis entsprechender versicherungsfremder Leistungen erbracht würde. Ohne den Steuerzuschuss von 15,7 Mrd. Euro in 2010 würde der GKV-Beitragsatz aktuell bei 16,5 Prozent liegen. Damit nicht genug: Infolge der GKV-Steuersubventionierung sinkt der vom allgemeinen Beitragsatz abhängige Arbeitgeberzuschuss, damit erhöht sich für Angestellte der monatliche Beitragsanteil zur PKV. Und die Steuersubventionierung reduziert auch noch den Höchstbeitrag im Basistarif und löst damit eine höhere Belastung für die übrigen PKV-Versicherten aus, die diese Absenkung durch Quersubventionierungen mit zu tragen haben.

Neben dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag über höhere Preise und Honorare ist die Beteiligung am Steuerzuschuss für die GKV der zweite Solidarbeitrag Privatversicherter, der zudem deutlich an Bedeutung gewinnt. Betrag der Steuerzuschuss im Jahr 2007 noch 1,5 Mrd. Euro, so hat er sich inzwischen mehr als verzehnfacht. Der Plan, den Sozialausgleich über Steuermittel auszugleichen, wird diesen Kurs weiter verstetigen. Dieser überproportionale Finanzierungsbeitrag der PKV ist auf Dauer nur zu rechtfertigen, wenn die PKV andererseits Verhandlungsinstrumente erhält, um auf Qualität, Menge und Preise der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten Einfluss zu nehmen.

II. Zur Versicherungspflicht in der GKV

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) begrüßt die Streichung des Dreijahresmoratoriums für Angestellte beim Wechsel von der GKV zur PKV.

Bei der Versicherungspflicht von Angestellten wird so die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG wieder hergestellt. Angestellte sind mit Ablauf des Jahres, in welchem ihr regelmäßiges Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, versicherungsfrei. Berufsanfänger sind bei entsprechendem Gehalt sofort versicherungsfrei, können sich also von Beginn an privat versichern. Dies gilt auch für Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln und ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben. Personen, die bislang in Deutschland nicht beschäftigt waren, sind bei entsprechend hohem Gehalt ebenfalls sofort versicherungsfrei. Die Regelungen treten bereits am 31. Dezember 2010 in Kraft, damit Personen, deren Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2010 überstiegen hat, die aber noch nicht die Dreijahresfrist erfüllt haben, bereits ab dem 1. Januar 2011 versicherungsfrei sind.

Damit wird u.a. ein insbesondere für Selbstständige absurder Effekt des GKV-WSG behoben. Gemäß der aktuell noch bestehenden GKV-WSG-Regelung gilt für langjährig privat versicherte Selbstständige, dass sie bei einem Wechsel in ein Angestelltenverhältnis – selbst bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze – für drei Jahre versicherungspflichtig werden. Sie werden damit aus dem bestehenden Versicherungsverhältnis in ihrer PKV herausgezwungen. Um nicht die teilweise über Jahrzehnte angesammelten Alterungsrückstellungen zu verlieren und bei einer späteren Rückkehr in die PKV alters- oder krankheitsbedingt vor verschlechterten Versicherungskonditionen zu stehen, konnte den Betroffenen lediglich geraten werden, eine zusätzliche Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Es ist nachdrücklich zu begrüßen, dass dieser widersinnige Zustand mit der vorliegenden Gesetzesänderung beendet werden soll.

Die geplante Streichung der Wechselsperre für Angestellte ist in den vergangenen Wochen seitens der GKV immer wieder mit dem Einwand kritisiert worden, die Wechsler entzögen der GKV Beitragseinnahmen in Höhe von mehreren hundert Millionen Euro. Einmal beiseite gelassen, dass Einnahmenverluste kein überzeugendes Argument gegen die Wahlfreiheit von Versicherten sind, sind die genannten Zahlen selbst nicht nachvollziehbar. Wer abschätzen will, wie viele zusätzliche potentielle Abgänge von der GKV in die PKV die Streichung der Dreijahresfrist mit sich bringen könnte, muss die Wechselstatistik im zeitlichen Kontext der Einführung dieser Wechselhürde zu Rate ziehen. Demnach sind infolge der Erschwerung des Wechsels 16.000 Angestellte weniger in die PKV gekommen. Dem entspricht ein damaliger „Gewinn“ für die GKV in Höhe von 78,4 Mio. Euro. Der kurzfristige „Schaden“ infolge einer Erleichterung des Wechsels kann sich quantitativ nur in dieser Dimension abspielen.

Derartige Augenblicksbetrachtungen greifen freilich viel zu kurz. Langfristig wirkt jeder Wechsel in die PKV sogar entlastend für die GKV, weil ein Wechsler zur PKV zuvor in der GKV Beiträge gezahlt hat, denen in aller Regel deutlich niedrigere Leistungen gegenüberstanden. Jeder Wechsler in die PKV hat bis zu seinem Wechsel bereits im Durchschnitt einen positiven Finanzierungsbeitrag für die GKV erbracht. Jeder, der in der GKV bleibt, wird dafür später im Alter hohe Gesundheitsausgaben in Anspruch nehmen, die in der Regel deutlich über den Beiträgen liegen werden. Die „teure“ Zeit des mittleren und höheren Lebensalters findet also bei allen Wechslern nach dem Wechsel in die PKV statt, die darauf mit ihren Alterungsrückstellungen dann gut vorbereitet ist. Deshalb ist jeder Wechsel zur PKV eine Stärkung der Kapitaldeckung und verringert die demographische Zukunftslast in der GKV.

Mit der Rücknahme der Dreijahresfrist setzt der Gesetzgeber einen ganz wichtigen Impuls für die Wahlfreiheit der Versicherten und den Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV.

III. Zum Änderungsantrag 3 „Wahltarif Kostenerstattung“

Im Koalitionsvertrag haben Union und FDP vereinbart, bei den Wahlтарifen der GKV die Abgrenzung zwischen den beiden Versicherungssäulen GKV und PKV klarer auszugestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen zu erweitern. Die erhoffte Kompetenzklärung beim Angebot von Zusatzversicherungen erfolgt durch die vorgelegten Änderungsanträge nicht.

Änderungsantrag 3 („Wahlтарif Kostenerstattung“): An dem rechtlich umstrittenen Angebot von Wahlтарifen nach § 53 Abs. 4 soll sich grundsätzlich nichts ändern. Tarife mit variabler Höhe der Kostenerstattung sollen weiter angeboten werden können. Eine Klarstellung, ob Angebote wie Wahlleistungen im Krankenhaus dazu gehören oder nicht, bleibt aus. Indes wird eine zusätzliche Bedingung verankert, wonach die „langfristige finanzielle Tragbarkeit des Wahlтарifs [...] von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar regelmäßig testiert werden“ müsse. Ein verbindliches Regelwerk für diese Prüfung wird nicht genannt. Das Erfordernis einer regelmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung allein kann jedoch das verbraucherpolitische Kernproblem von GKV-Wahlтарifen – die langfristige Erfüllung des Leistungsversprechens – nicht lösen.

Wenn eine weitere Änderung eine Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr vorsieht, dann muss auch das Recht auf Kündigung der Kassenmitgliedschaft entsprechend angepasst werden. In der vorliegenden Fassung dürften GKV-Versicherte zwar

nach einem Jahr den Wahltarif kündigen, müssten dann aber noch drei Jahre in der Kasse bleiben. Dies sollte im Gesetzgebungsverfahren noch redaktionell angepasst werden.

Von Ausnahmen (Hausarzttarife) abgesehen, ist das Angebot von für die private Versicherungswirtschaft typischen Wahlтарifen in der umlagefinanzierten GKV ein ordnungspolitischer wie versicherungstechnischer Irrtum des GKV-WSG, der dringend korrigiert werden muss. So laden Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife zum gesundheitsökonomischen Schaden der GKV-Versichertengemeinschaft zur individuellen Vorteilsoptimierung ein. Damit nicht genug, führt die Ermächtigung der GKV durch die Aufsicht, auch klassische Zusatzversicherungen (z. B. für Wahlleistungen im Krankenhaus) anzubieten, de facto zu einem sozialstaatlichen Konkurrenzangebot auf einem funktionierenden Privatversicherungsmarkt. Diese Wettbewerbsverzerrung geht zugleich auf Kosten der Nachhaltigkeit und des Verbraucherschutzes. In der Praxis sind GKV-Wahl- und Zusatztarife „Lockvogel-Angebote“, um wechselwillige freiwillig Versicherte an die Kasse zu binden.

Für die Revision der GKV-Wahl- und Zusatztarife sprechen vor allem folgende Gründe:

- Quersubventionierungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen sind in einer nicht risikoäquivalent kalkulierenden GKV nicht zu vermeiden. Es besteht zudem der Anreiz, Zusatzleistungen erst kurz vor Eintritt einer Behandlung abzuschließen.
- Nur in der PKV garantieren die strengen Regeln der deutschen Versicherungsaufsicht einen lebenslangen Versicherungsschutz, für dessen Kalkulation die Unternehmen mit ihrem Eigenkapital haften müssen. Für die Wahl- und Zusatztarife der GKV dagegen gilt, dass weder Alterungsrückstellungen noch Risikopuffer in Form von Eigenkapital gebildet werden müssen. Die Kassen sind an diese Tarife nur für eine Frist von drei Jahren gebunden. Bei Unterkalkulation können die Tarife sogar jederzeit geschlossen werden. Verbraucherschutzpolitisch sind die GKV-Wahl- und Zusatztarife daher nicht zu rechtfertigen.
- Ordnungspolitisch fragwürdig ist zudem, dass die GKV mit dem Aufgabenverständnis einer staatsnahen Körperschaft und dem Adressenmonopol einer gesetzlichen Pflichtversicherung in Konkurrenz zur PKV tätig wird. Wettbewerbsverzerrungen ergeben sich auch durch die unterschiedliche Ertragssteuerbelastung der PKV-Unternehmen und der gesetzlichen Krankenkassen.
- Europarechtlich ist das Angebot von Wahlтарifen für die GKV mit erheblichen Risiken behaftet, da nur die strikte Einhaltung des Solidarprinzips die Sonderstellung der GKV als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit kartell- und steuerrechtlichen Privilegien legitimiert.

Da Wahltarife auf der anderen Seite in der Koalition aber auch als Wettbewerbsparameter in der GKV gesehen werden und insbesondere Kostenerstattungstarife als Vehikel von Leistungstransparenz und Kostenbewusstsein offenbar auch in Zukunft (allen versicherungssystematischen Verwerfungen zum Trotz) möglich sein sollen, ist es naheliegend, eine Trennlinie zwischen Wahlangeboten zu ziehen, die das gesetzliche Leistungsspektrum variieren, und echten Zusatzversicherungen, die es erweitern. Der folgende Formulierungsvorschlag würde der GKV das Angebot von Selbstbehalttarifen und Kostenerstattungstarifen ermöglichen – bis zu der Schwelle, an der der Art oder dem Umfang nach ein umfangreicherer Versicherungsschutz als nach SGB V geboten würde (z.B. Zweibettzimmer) oder wo dieser zwar nicht nach Art und Umfang, aber der Höhe nach ausgeweitet würde (z.B. Erstattung des 2,3fachen Gebührensatzes GOÄ).

Formulierungsvorschlag:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), wird wie folgt geändert:

§ 53 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„1. Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife wählen, die im Rahmen der Sach- oder Dienstleistungen gemäß § 11 Kostenerstattung vorsehen.“

2. Satz 2 wird aufgehoben.

3. Der bisherige Satz 3 wird Satz 2.“

IV. Zum Basistarif

a) Zur Neuregelung des Höchstbeitrags im Basistarif

§ 12 Abs. 1c VAG wird an die Finanzreform der GKV angepasst. Für die Beitragskappung im Basistarif ist zukünftig die Summe aus dem GKV-Höchstbeitrag und dem neu eingeführten durchschnittlichen Zusatzbeitrag maßgeblich.

Bei dieser Gelegenheit sollte der Gesetzgeber einen weiteren Konstruktionsfehler beheben: Die Kombinationsfähigkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen, pointiert: Die ordnungspolitisch paradoxe Kombination von Subvention mit Komfort.

b) Zur Kombinationsfähigkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen

Das GKV-WSG hat die PKV bekanntlich zum Angebot eines dem Leistungsspektrum der GKV vergleichbaren Basistarifs mit Beitragskappung auf dem Höchstbeitragsniveau der GKV verpflichtet. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ist der Basistarif auf eine Quersubventionierung durch die Versicherten in den Normaltarifen angewiesen. Eine derartige Quersubvention ist der PKV in allen Normaltarifen aus gutem Grund aufsichtsrechtlich verboten; sie widerspricht den systemtragenden Kalkulationsprinzipien der privaten Krankenversicherung. Mit dem Basistarif ist der PKV eine Ausnahme von dieser Verbotsregel verordnet worden. Begründet wurde dies mit dem Erfordernis eines Sozialtarifs, der bestimmte Höchstbeitragsgrenzen nicht übersteigen dürfe.

Zugleich hat der Gesetzgeber des GKV-WSG die Kombination des Basistarifs mit Zusatzversicherungen ausdrücklich erlaubt und für den Fall des Unternehmenswechsels sogar zwingend vorgeschrieben, dass die über den Übertragungswert hinausgehende und im Altunternehmen verbleibende Alterungsrückstellung beitragsmindernd auf bestehende oder noch abzuschließende Zusatzversicherungen anzurechnen ist. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall den Abschluss einer Zusatzversicherung vom Versicherungsunternehmen verlangen. Dies hat zwei wesentliche sozial- wie ordnungspolitische Verwerfungen zur Folge:

1. Die Kombinationsmöglichkeit von subventioniertem Grundschutz mit preiswertem Luxusschutz ist ein sozialpolitisch nicht begründbarer Anreiz zur individuellen Vorteilsoptimierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Diese Möglichkeit wird im Basistarif nur bei denjenigen eingeschränkt, die aufgrund von Hilfebedürftigkeit eine Beitragshalbierung in Anspruch nehmen. Die Option individueller Vorteilsoptimierung konterkariert zudem den sozialen Schutzzweck des Basistarifs. Beim Bestehen von Zusatzversicherungen kann nämlich davon ausgegangen werden, dass die Versicherten in der Lage sind, einen hochwertigen Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten, und nicht auf die von den übrigen Versicherten subventionierten Beitragserleichterungen angewiesen sind.
2. Die bestehende gesetzliche Regelung steht zugleich im Widerspruch zu dem Leitmotiv der vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Beobachtungspflicht im 4. Leitsatz

des Urteils vom 10. Juni 2009, wonach der Basistarif zu keiner Auszehrung der Normaltarife führen darf. Dieses Szenario einer Gefährdung der Vollversicherung droht um so schneller zur Realität zu werden, je „lohnender“ ein Wechsel in den subventionierten Basistarif wird. So liegt eine potentiell wachsende Motivation für den Wechsel darin, dass sich die gekappten Beiträge im Basistarif aufgrund ihrer Orientierung am kostengedämpften und steuersubventionierten GKV-Höchstbeitrag langsamer entwickeln werden als die reale Kostenentwicklung in der PKV. Pensionäre mit einer Beihilfe von 70 Prozent müssten schon jetzt höchstens 177,- Euro im Basistarif (30 Prozent des Höchstbeitrags) zahlen. Dieses Risiko wird durch die Kombinationsfähigkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen erheblich potenziert, da man sich seinen Grundschutz von anderen mitfinanzieren lassen und zugleich infolge der Anrechnungen verbleibender Alterungsrückstellungen den Status eines Privatpatienten zu günstigen Beiträgen aufrechterhalten kann. Je größer das dadurch motivierte Wechselszenario, desto wahrscheinlicher ist eine regelrechte Subventions- und Wechselspirale, an deren Ende die Normaltarife ausgezehrt würden.

Um dieses Problem zu lösen, bietet sich folgende sachgerechte Lösung an: Bei Kombination von Basistarif und Zusatzversicherung entfällt der Anspruch auf Subvention und somit die Kappung des Beitrags auf das Niveau des GKV-Höchstbeitrags.

Der PKV-Verband schlägt deshalb vor, im GKV-Finanzierungsgesetz eine Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes durch die nachstehende Regelung vorzunehmen:

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes:

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 10 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2437), wird wie folgt geändert:

„ In § 12 Abs. 1c wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

‚Die Begrenzung auf den Höchstbeitrag entfällt bei Bestehen einer ergänzenden Krankheitskostenversicherung.‘

2. Die Sätze 3 bis 6 werden die Sätze 4 bis 7.“

Diese Regelung würde gleichermaßen eine sozialpolitische Paradoxie beenden und das im Basistarif angelegte Risiko einer Subventionsspirale zu Lasten der Normaltarife erheblich reduzieren.

c) Zur Deckungslücke im Basistarif versicherter ALG II-Bezieher

Unmittelbare Auswirkungen auf die PKV hat das GKV-Finanzierungsgesetz bei den Zuschüssen für im Basistarif versicherte ALG II-Bezieher, da sich die Deckungslücke leicht verringert, jedoch nicht schließt.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und der Einführung des Basistarifs Anfang 2009 gibt es eine Deckungslücke für Hilfebedürftige im Basistarif. Ausgerechnet diejenigen, die am hilfebedürftigsten sind, erhalten von den staatlichen Behörden nur unzureichende Zuschüsse zu ihrer Krankenversicherung.

Der neue §12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sieht vor: Führt die Zahlung des Basistarif-Beitrags zu Hilfebedürftigkeit oder liegt bereits vorher Hilfebedürftigkeit vor, muss zunächst die Versicherung den Beitrag halbieren. Besteht auch danach noch Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger a) im „erforderlichen Umfang“, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird (§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG). Falls allerdings schon vorher Hilfebedürftigkeit bestand, schießt der Träger b) nur den Betrag zu, der für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen wäre (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG).

Dieser beträgt derzeit 126,05 Euro. Der halbierte BT-Höchstbeitrag kostet aktuell 285,01 Euro. Da der Versicherte nach den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsrechts keinen Anspruch auf eine höhere Beitragsreduzierung hat, ergibt sich eine Differenz von 158,96 Euro. Von 359,- Euro ALG II oder Sozialhilfe kann man das nicht zahlen. Die Betroffenen müssen sich zwangsläufig bei ihrer Versicherung verschulden. Im Klartext: Der Gesetzgeber zwingt die Ärmsten der Armen zum Schulden-Machen.

Die soziale Absicherung des Existenzminimums ist die ureigenste Aufgabe des Sozialstaates. Der Staat kommt seiner verfassungsrechtlichen Pflicht zur Sicherung des Existenzminimums nicht mehr hinreichend nach, wenn er – anstatt selbst die existenzsichernden Kosten zu übernehmen – lediglich Regelungen schafft, nach denen Dritte existenzsichernde Leistungen zu erbringen haben. Schon heute leisten Privatversicherte nach aktueller Rechtslage zwei Mal einen „Solidarbeitrag“ für Hilfebedürftige. Schon die allgemeine Beitragskappung

für alle Basistarif-Versicherten auf aktuell 590,03 Euro ist eine Verlagerung von Soziallasten auf die übrigen Privatversicherten. Denn die 590,03 Euro Höchstbeitrag sind bei weitem nicht kostendeckend. Die nochmalige Halbierung des Beitrags für Hilfebedürftige auf 285,01 Euro ist eine zweite Subventionierung auf Kosten der Privatversicherten.

Um den Betroffenen zu helfen, schlägt der PKV-Verband zur Schließung dieser Deckungslücke eine Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vor:

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes:

1. Schließung der Deckungslücke im Basistarif

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 10 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2437), wird wie folgt geändert:

§ 12 Abs. 1c Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Beitrag an das Versicherungsunternehmen.“

2. Generelle Schließung der Deckungslücken von Hilfebedürftigen

Das Sozialgesetzbuch in der Fassung [...] wird wie folgt geändert:

§ 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II wird wie folgt neu gefasst:

„1. ...bei einem privaten Krankenversicherer versichert sind, werden für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen übernommen und an das Krankenversicherungsunternehmen gezahlt, soweit sie angemessen sind,“