



Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

10. September 2010

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt die Absicht, mit dem Referentenentwurf 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 Zusatzbei-

trags 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. Damit nicht genug: infolge der GKV-Steuersubventionierung sinkt der vom allgemeinen Beitragssatz abhängige Arbeitgeberzuschuss, damit erhöht sich für Angestellte der monatliche Beitragsanteil zur PKV. Und die Steuersubventionierung reduziert zeitversetzt 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.

Bleibt es im parlamentarischen Verfahren bei dieser Regelung, setzt der Gesetzgeber einen ganz wichtigen Impuls für die Wahlfreiheit der Versicherten und den Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV.

III. 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:

1. 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 beim Arbeitgeberzuschuss – der sich erhöht – und bei den Zuschüssen für im Basistarif versicherte ALG II-Bezieher, da sich die Deckungslücke leicht verringert, jedoch nicht schließt. Die Problematik der Deckungslücke im Basistarif versicherter ALG II-Bezieher ist bekannt. 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,“