



Gesundheitswesen aktuell 2012

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Paul Raffauf, João Rodrigues, Jörg Schröder
„Auf dem Weg zum integrierten Versicherungsmarkt“

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012 (Seite 68-100)

Paul Raffauf †, João Rodrigues, Jörg Schröder

Auf dem Weg zum integrierten Versicherungsmarkt

In Politik und Öffentlichkeit wird der zweigeteilte Krankenvollversicherungsmarkt mehr und mehr infrage gestellt. Es wächst die Erkenntnis, dass das heutige Nebeneinander ineffizient ist und zu Verwerfungen bei Finanzierung und Versorgung der Bevölkerung führt. Zudem leidet die Akzeptanz der Privaten Krankenversicherung durch hohe Prämiensteigerungen und fehlenden Wettbewerb. Dabei setzen langfristige Zukunftstrends beide Systeme unter starken Druck. Der Beitrag skizziert einen integrierten Versicherungsmarkt mit gleichen Bedingungen für den Vollversicherungs- und den Zusatzversicherungsmarkt. Damit soll eine Grundlage für die notwendige weitere Diskussion geschaffen werden. Die Zukunft wird beiden Seiten einen deutlichen Wandel abverlangen.

Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen genießt weltweit hohes Ansehen und sichert auf qualitativ hohem Niveau die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Dabei existieren mit gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung zwei Systeme nebeneinander. Ordnungspolitisch unterscheiden sich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV) gravierend voneinander: Die Finanzierung der Versorgung, der Umfang der Leistungen, der Zugang zu den Versicherungen, die Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern und die Rechtsformen sind jeweils nach eigener Systematik gestaltet und formen getrennte Versicherungsmärkte aus.

In Zukunft stehen beide Krankenversicherungssysteme vor großen Herausforderungen, die sich mit den Kapazitäten des Angebotsmarktes, dem medizinisch-technischen Fortschritt, der demografischen Entwicklung, der Chronifizierung des Krankheitsgeschehens, differenzierten Versorgungsanforderungen und einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen umschreiben lassen. In der Summe werden beide Systeme einer weiter wachsenden Ausgabendynamik gegenüberstehen und sich

einer zentralen Frage stellen: Wie muss der Krankenversicherungsmarkt der Zukunft aussehen, um weiterhin ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung für alle zu sichern?

Vor diesem Szenario gibt der nachfolgende Beitrag die Antwort: Ein integrierter, gemeinsamer und wettbewerblicher Gesundheitsmarkt ist besser für die Zukunftsanforderungen gerüstet, als es der Status quo eines „Immer-schön-Nebeneinanders“ vermag. Zunächst werden die unterschiedlichen Rahmenbedingungen von GKV und PKV beleuchtet. Dabei kristallisieren sich insbesondere die Grenzen des heutigen Geschäftsmodells der PKV heraus.

In einem zweiten Schritt werden theseartig die Eckpfeiler eines integrierten Versicherungsmodells skizziert. Ziel ist es dabei, die zentralen Strukturmerkmale des Zukunftsmodells zu beschreiben, das beiden Systemen einen Platz und unter gleichen wettbewerblichen Rahmenbedingungen eine Funktion für die Gesundheitsversorgung bietet. Es wird klar, dass es gezielter, politischer Entscheidungen bedarf, um sukzessive die systeminternen Begrenzungen und die Probleme des segmentierten Gesundheitsmarktes zu überwinden.

Die ordnungspolitische Trennung der Versicherungsmärkte

Zunächst werden die unterschiedlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen der GKV und der substitutiven PKV beschrieben. Dabei werden die für die Analyse und Weiterentwicklung des Versicherungsmarktes wesentlichen Unterscheidungskriterien beziehungsweise Gemeinsamkeiten hervorgehoben.

Die Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV stellt – als Teil der Sozialversicherung in Deutschland – den Schutz vor dem existenziellen Risiko „Krankheit“ für große Teile der Bevölkerung ohne finanzielle Überforderung sicher. Es handelt sich um ein öffentlich-rechtliches, selbstverwaltetes Versicherungssystem, das folgende konstitutive Merkmale aufweist (von der Schulenburg 2005):

- Im Wesentlichen einheitliches, gesetzlich definiertes Leistungspaket,
- Leistungsanspruch nach individuellem, medizinischem Bedarf,
- Finanzierung über gesetzlich geregelte Beiträge nach im Grundsatz individueller, wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und
- Versicherungspflicht für bestimmte Personenkreise und Kontrahierungszwang.

Aufgaben und Leistungen

Die Aufgabe der GKV ist es, die Gesundheit beziehungsweise den Gesundheitszustand ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Die Krankenkassen sollen durch Aufklärung, Beratung und Leistungen ihren Versicherten helfen und zugleich die Eigenverantwortung und das Gesundheitsbewusstsein stärken. Das Leistungsspektrum wird weitgehend gesetzlich definiert und gilt für alle Versicherungsträger einheitlich. Darüber hinaus lässt der Gesetzgeber einen Spielraum zur krankenkassenindividuellen Leistungs- beziehungsweise Versorgungsgestaltung vor allem im Rahmen von Wahltarifen und Selektivverträgen. Der Leistungskatalog umfasst alle notwendigen medizinischen Leistungen, hat dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Leistungserbringung erfolgt in der Regel als Sach- und Dienstleistung. Zu diesem Zweck haben die Krankenkassen entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern abzuschließen (§§ 1, 2 SGB V).

Solidaritätsprinzip und Umverteilung

Charakteristisch für die GKV ist das Solidaritätsprinzip, das sich nicht nur in der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken manifestiert, sondern sich über implizite Umverteilungselemente zusätzlich auf spezifische Personenkreise, wie beispielsweise Einkommenschwächere, erstreckt. So erfolgt eine Einkommensumverteilung insbesondere über die prozentuale, einkommensabhängige Beitragsfinanzierung und über die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten (§ 3 SGB V). Auch der Leistungsanspruch nach medizinischem Bedarf trägt zu einer „gerechten“ Verteilung der medizinischen Versorgung bei und sichert die medizinische Teilhabe für rund 70 Millionen Menschen in Deutschland (BMG 2012).

Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht orientiert sich am Grundgedanken der Schutzbedürftigkeit. Der Gesetzgeber hat demnach nach eigenem Ermessen die Versicherungspflicht zur GKV für spezifische Personengruppen aufgrund ihrer besonderen Lebensverhältnisse und ihres Status definiert.

Versicherungspflicht besteht bei abhängig Beschäftigten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die sogenannte Versicherungspflichtgrenze (im Jahr 2012: 4.237,50 Euro im Monat) nicht überschreitet. Daneben sind weitere Personengruppen versicherungspflichtig, bei denen der Gesetzgeber unterstellt, dass die Einkommensverhältnisse ebenfalls Schutzbedürftigkeit auslösen. Dazu zählen:

- Auszubildende,
- Rentner, die bestimmte Vorversicherungszeiten in der GKV aufweisen,
- Studenten bis zum 14. Fachsemester oder 30. Lebensjahr,
- Landwirte oder Forstwirte und deren mitarbeitende Familienangehörige,
- Künstler und Publizisten,
- Arbeitslose sowie
- Personen, die keine Versicherung aufweisen und zuletzt in der GKV versichert waren.

Hauptberuflich Selbstständige, Beamte (und ähnliche Berufsgruppen) sowie abhängig Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze unterliegen nicht der Versicherungspflicht. Sie haben die Wahl – sofern bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind –, eine freiwillige Versicherung in der GKV oder eine Versicherung bei der PKV abzuschließen (Böckmann 2011).

Kontrahierungszwang

Die Versicherungspflicht wird ergänzt durch den Kontrahierungszwang, dem die gesetzlichen Krankenkassen – im Verhältnis zu den zugangsberechtigten Personen – unterliegen. Die Verpflichtung der Krankenkassen, keine Versicherten aufgrund ihres Alters, Geschlechts oder Gesundheitszustands oder anderer Merkmale zu diskriminieren, stellt die

Absicherung auch für die Personenkreise sicher, die ansonsten in einem rein marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitsmarkt „unversicherbar“ wären und keinen Versicherungsschutz erhalten würden.

Die Private Krankenversicherung

Die PKV als substitutives Versicherungssystem kann hinsichtlich ihrer Versorgungsfunktion vielfach auf Strukturen, die das gesetzliche System sicherstellt und organisiert, aufbauen. Sie unterliegt allerdings anderen Steuerungsprinzipien und Rahmenbedingungen. Während die GKV als mittelbare Staatsverwaltungswirtschaft organisiert ist, agiert die PKV in einem marktwirtschaftlichen Rahmen, für die der Gesetzgeber lediglich Rahmenbedingungen setzt, beispielsweise das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder die staatliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Als Rechtsformen sind sowohl Aktiengesellschaften (AG) als auch Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVaG) vertreten (Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011).

Leistungen und Kostenerstattungsprinzip

Die Leistungen der PKV orientieren sich grundsätzlich an den Versicherungsleistungen der GKV. Nach gegenwärtiger Rechtsauffassung muss die PKV den Versicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen, um dem Leistungsniveau mindestens der GKV zu entsprechen und eine Anerkennung als „substitutive“ Krankenversicherung zu erreichen (Böckmann 2011). Gleichwohl haben die Versicherten die freie Wahl, zusätzliche Leistungen zu versichern. So beinhalten gängige Vollversicherungsverträge in der Regel höhere Leistungen im stationären Bereich (beispielsweise Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung), höhere Erstattungssätze bei Zahnersatz als in der GKV und Sehhilfen (Sacher 2004). Zugleich können im Vergleich zum Leistungsangebot der GKV aber auch Versicherungslücken etwa im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung, Anschlussheilbehandlungen oder Hilfsmittel auftreten (Drabinski 2012). In der Regel erfolgt die Abrechnung der Leistung im Kostenerstattungsverfahren; direkte Vertragsbeziehungen zwischen den privaten Versicherungsunternehmen und den Leistungserbringern existieren

– außer im Basistarif – nicht. Eine Ausnahme von diesem Verfahren stellt die Krankenhausbehandlung dar, die sich für die Versicherten wie eine Sachleistung – analog zur GKV – darstellt beziehungsweise zur Verfügung gestellt wird.

Äquivalenzprinzip und Alterungsrückstellung

Die Kalkulation in der PKV erfolgt nach dem individuellen Äquivalenzprinzip, nach dem der Barwert aller Einzahlungen (Prämien) dem Barwert aller Auszahlungen plus Verwaltungskosten entsprechen muss. Da Krankheitskosten positiv mit dem Alter korreliert sind, werden zusätzlich Alterungsrückstellungen gebildet, um die Prämienentwicklung im Alter zu stabilisieren (Anwartschaftsdeckungsverfahren; Rödiger 2008). Entscheidend für die Tarifikalkulation ist demnach das individuelle Risiko des Antragstellers und das von ihm gewählte Versicherungsniveau. Um das individuelle Risiko zu bemessen, ist die PKV derzeit berechtigt, die Risikomerkmale Eintrittsalter und Morbidität anhand einer obligatorischen Gesundheitsprüfung sowie Geschlecht kalkulatorisch zu berücksichtigen. Die Unterscheidung nach dem Geschlecht wird aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs spätestens zum 21. Dezember 2012 auslaufen.

Danach dürfen Krankenversicherungen nur noch Unisextarife anbieten – also Tarife, die keine Risikounterscheidung nach dem Geschlecht vornehmen. Krankheiten, die eine Risikoerhöhung darstellen können, verursachen entweder einen Risikozuschlag oder führen zum Leistungsausschluss (Böckmann 2011). Kontrahierungszwang existiert in der PKV nicht, sodass Personen, deren Schadenseintrittswahrscheinlichkeit aufgrund von Vorerkrankungen hoch ist, gänzlich von der Versicherung ausgeschlossen werden können.

Versicherter Personenkreis

Die PKV darf diejenigen Personenkreise versichern, die nicht von der Versicherungspflicht in der GKV erfasst werden. Dies betrifft unter anderem insbesondere nachfolgend aufgeführte Personen.

- abhängig Beschäftigte, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze (im Jahr 2012: 4.237,50 Euro im Monat) überschreitet und aus der Versicherungspflicht in der GKV ausscheiden,
- Beamte und Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen im Krankheitsfall Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge, Beihilfe oder freie Heilfürsorge haben,
- hauptberuflich Selbstständige (Sacher 2004) und
- Personen, die keine Versicherung aufweisen und zuletzt in der PKV versichert waren.

Eine beitragsfreie Familienversicherung wie in der GKV existiert in der PKV nicht, sodass nicht versicherungspflichtige Familienangehörige der oben genannten Personenkreise regelmäßig eine eigene (kostenpflichtige) Versicherung in der PKV begründen müssen.

Abbildung 1: Idealtypische Unterscheidung von GKV und PKV

	GKV	PKV
Rechtsform	Körperschaft des öffentlichen Rechts	Aktiengesellschaft, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Finanzierung	Umlageverfahren	Anwartschaftsdeckungsverfahren
Beitragsberechnung	einkommensabhängig (Solidaritätsprinzip)	risikoabhängig (Äquivalenzprinzip)
Versicherungsverhältnis	kraft Gesetz (Versicherungspflicht mit Kontrahierungszwang)	kraft Vertrag (Vertragsfreiheit ohne Kontrahierungszwang)
Leistungsumfang	gesetzlich definierter Leistungskatalog mit geringen Differenzierungsmöglichkeiten	frei wählbare Leistungspakete, die mind. dem Leistungsniveau der GKV entsprechen
Leistungsgewährung	vorwiegend Sachleistung	vorwiegend Kostenerstattung

Quelle: eigene Darstellung nach Böckmann 2011

Herausforderungen für die GKV und die PKV

Die starke sozial- und distributionspolitische Verankerung der GKV in der deutschen Wirtschaftsordnung erfordert die ständige Weiterentwicklung und Anpassung an gesellschaftliche Rahmenbedingungen, dessen sich auch die PKV als „substitutives System“ nicht entziehen kann. Vor diesem Hintergrund sind die regelmäßigen Reformen der vergangenen Jahre nicht als Ausdruck eines permanenten Systemdefizits zu verstehen, sondern als notwendiger Transformationsprozess, um den Herausforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft zu begegnen. Hinzu kommt, dass die Gesundheitspolitik und der gesundheitspolitische Reformprozess eine Projektionsfläche bietet, die zur sozialpolitischen Profilierung durch die Parteien genutzt wird (Fischer, Schlenker und Rothmaier 2012). Die aktuellen Herausforderungen beider Versicherungssysteme werden nachfolgend anhand unterschiedlicher Bereiche skizziert.

Beitragsgestaltung/Prämienkalkulation

GKV: Belastung des Faktors Arbeit konstant halten

In der öffentlichen Diskussion sieht sich die GKV immer wieder mit dem Vorwurf konfrontiert, dass der Faktor Arbeit durch die gesundheitsbezogenen Kosten zu stark belastet wird. Dieses wirtschaftspolitische (Schein-)Argument wird vielfach verwendet, um die Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen zu begründen. So war eines der Ziele des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007) und des GKV-Finanzierungsgesetzes (2010), die starre Koppelung von Gesundheitskosten und Arbeitskosten aufzuheben, um Wachstum und Beschäftigung langfristig zu fördern (GKV-FinG 2010). Zwar zeigt der internationale Vergleich der Gesundheitskostenbelastung von Arbeitgebern keine „Überlastung“ des Wirtschaftsstandortes Deutschland (Statistisches Bundesamt 2012); gleichwohl ist es im internationalen Wettbewerb sinnvoll, Lösungen zu entwickeln, um die Belastung des Wirtschaftsstandortes durch Gesundheitskosten mittel- und langfristig konstant zu halten.

PKV: Finanzmarktkrise belastet Prämienkalkulation

Anders stellt sich die Situation in der PKV dar. Da die Prämien einkommensunabhängig kalkuliert werden, gibt es keine direkte Beziehung zu den Arbeitskosten der Unternehmen. Stattdessen sind andere Herausforderungen zu meistern. So schreibt die Kalkulationsverordnung vor, welche Rechnungsgrundlagen bei der Prämienkalkulation in der PKV zu berücksichtigen sind. Demnach besteht die Nettoprämie aus:

- dem Rechnungszins (Kalkulationszinssatz),
- dem durchschnittlichen Schaden pro versicherte Person (Kopfschaden),
- den Sterbewahrscheinlichkeiten,
- den Stornowahrscheinlichkeiten sowie
- Sicherheits- oder sonstige Zuschläge (KalV 2012).

Der Kalkulationszinssatz ist der Wert, mit dem die aufzubauenden Alterungsrückstellungen abgezinst werden. Ein niedriger Rechnungszins erhöht die Nettoprämie, während ein hoher Rechnungszins die Nettoprämie entlastet, was ein Vorteil im Preiswettbewerb der Versicherungsunternehmen darstellt (Könsgen 2010). In der Folge haben alle Versicherten ein Interesse daran, einen möglichst hohen Kalkulationszinssatz bei der Berechnung der Prämie anzusetzen. Um die Versicherungskunden vor unrealistischen Annahmen der Versicherungsunternehmen zu schützen, hat der Gesetzgeber in der Kalkulationsverordnung bestimmt, dass der Rechnungszins einen Wert von 3,5 Prozent nicht überschreiten darf (KalV 2012).

In Zeiten der globalen Finanzmarktkrise stellt die Erwirtschaftung einer angemessenen Verzinsung für die angesparten Alterungsrückstellungen eine große Herausforderung für die PKV dar. So führte der anhaltende Zinsverfall an den Märkten der letzten Jahre zu einer ständigen Anpassung des Rechnungszinses in der Lebensversicherung, sodass zum 1. Januar 2012 der Rechnungszins für kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen inzwischen nur noch bei 1,75 Prozent liegen darf (DeckRV 2012). Die Absenkung des Kalkulationszinssatzes in der PKV bereits um wenige Basispunkte führt zum Teil zu massiven Beitrags-erhöhungen sowohl im Neugeschäft als auch im Bestand.

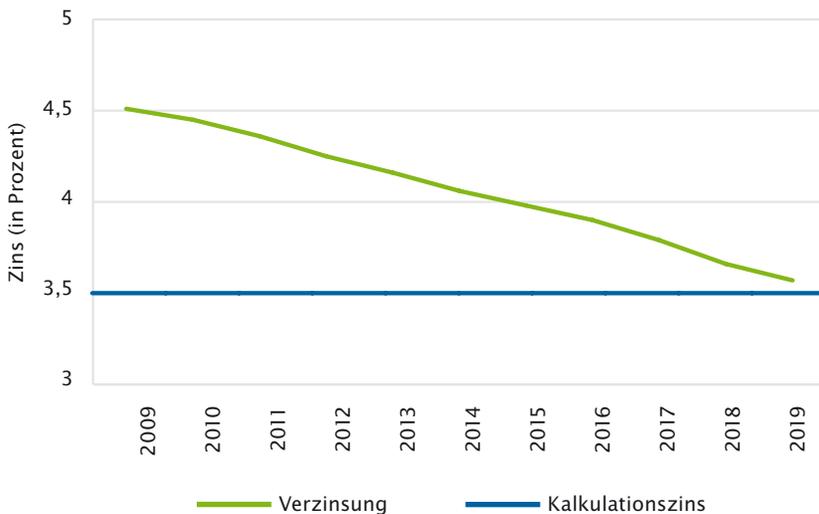
Tabelle 1: Beitragserhöhungen in Neugeschäft und Bestand für einen Beispieltarif (in Prozent)

Absenkung des Rechnungszinses auf drei Prozent	Neuzugang		Bestand (Durchschnitt)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
30	5,7	3,7	7,0	4,3
40	4,3	3,1	6,8	4,3
50	2,8	2,1	6,1	4,0
60	1,6	1,3	5,6	3,5
70	0,8	0,6	4,8	2,9

Quelle: Aktuar Aktuell 2011

Um ein derartiges Szenario mit kalkulatorischen Folgen für die ganze Branche zu vermeiden, hat die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) in Kooperation mit allen PKV-Unternehmen und mit Zustimmung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) im Jahr 2004 das sogenannte AUZ-Verfahren entwickelt (AUZ = aktuarieller Unternehmenszins), das einzelne Unternehmen zu einem niedrigeren Rechnungszins zwingt, wenn das Unternehmen perspektivisch den gesetzlich vorgeschriebenen Zins in Höhe von 3,5 Prozent nicht erreicht (Schmitt 2011). Durch diese Maßnahme konnte die PKV seit dem Jahr 2004 den Höchstrechnungszins halten, obwohl es in der Lebensversicherung aufgrund des anhaltenden Zinsverfalls mehrere Absenkungen des Garantiezinses gab (Aktuar Aktuell 2011). Könsgen weist darauf hin, dass als risikolos angesehene Wertpapiere derzeit auch in den langen Laufzeitbereichen bis zu 30 Jahren Renditen von kaum über drei Prozent erzielen. Dauerhaft sind derartige Renditen auch in der PKV zu gering, um den Kalkulationszins halten zu können. Zwar können nach Ansicht der Ratingagentur Assekurata die meisten PKV-Unternehmen noch eine geraume Zeit von ihrem Bestandszins von aktuell 4,51 Prozent zehren, gleichwohl droht mittelfristig bei einem dauerhaften Niedrigzinsszenario eine Gefahr der Unterschreitung des Kalkulationszinssatzes (Abbildung 2).

Abbildung 2: Simulierte Entwicklung der Verzinsung des Rentenbestandes



Quelle: Könsgen 2010

So verwundert es nicht, dass es bedeutende Stimmen aus den Reihen der PKV gibt, die vor einer langen Niedrigzinsphase warnen. So befürwortete der Allianz-Vorstand Christian Molt auf einer Fachtagung in Köln im März 2011 sogar eine moderate Absenkung des Rechnungszinses, um den Druck von der gesamten PKV zu nehmen. In der PKV wird befürchtet, dass einzelne Unternehmen bereits in kurzer Zeit Schwierigkeiten haben werden, den Rechnungszins von 3,5 Prozent zu erreichen. Molt ist der Ansicht, dass durch kurzfristig höhere Beitragssteigerungen bei einzelnen Unternehmen das Ansehen der Branche insgesamt leiden könnte (Ärzte Zeitung 2011).

Ausgabendynamik

Die Prämien- und Beitragskalkulation wird sowohl in der GKV als auch in der PKV von einer großen Ausgabendynamik belastet. Wie in Tabelle 2

ersichtlich, ist die Ausgabendynamik in der PKV dabei noch stärker als in der GKV. Insbesondere in den drei Hauptleistungsbereichen ambulante ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel sowie zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz steigen die Ausgaben deutlich stärker, als in der GKV. Dabei profitiert die GKV von Gesetzesänderungen, die im letzten Jahrzehnt eine Ausgabensenkung zum Ziel hatten (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG 2004). Gerade beim Zahnersatz wurde eine Kostenbegrenzung durch die Umstellung auf einen Festzuschuss in der GKV erreicht, die sich ausgabenmindernd auswirkt. Die relativ geringe Differenz bei der stationären Behandlung ist darauf zurückzuführen, dass beide Systeme von dem im Jahr 2003 eingeführten DRG-System profitieren, welche die Abrechnungsbasis für Krankenhausleistungen sowohl in der GKV als auch in der PKV darstellt. In der Folge entwickeln sich in diesem Bereich die Leistungsausgaben in etwa gleichartig (Böckmann 2011).

Tabelle 2: Ausgabenentwicklung 2000–2010 in GKV und PKV (in Prozent)

	GKV	PKV
ärztliche Behandlung	+28,6	+38,9
Arzneien und Verbandmittel	+53,1	+60,1
zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz	+0,6	+45,5
stationäre Behandlung	+33,2	+39,9

Quelle: Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011

Ausgabendynamik wirkt auf Alterungsrückstellungen der PKV

Anders als in der GKV, in der die Ausgabenentwicklung im Umlageverfahren direkt auf die Beitragskalkulation in der Folgeperiode umgelegt wird, wirkt die extrem dynamische Ausgabenentwicklung in der PKV in zweifacher Hinsicht:

- die Kostenentwicklung wird sofort in die Berechnung der Prämien für Neuabschlüsse eingepreist und

- die Bestandskunden müssen Erhöhungen hinnehmen, um die Alterungsrückstellungen an die geänderten Leistungsausgaben anzupassen (Sacher 2004).

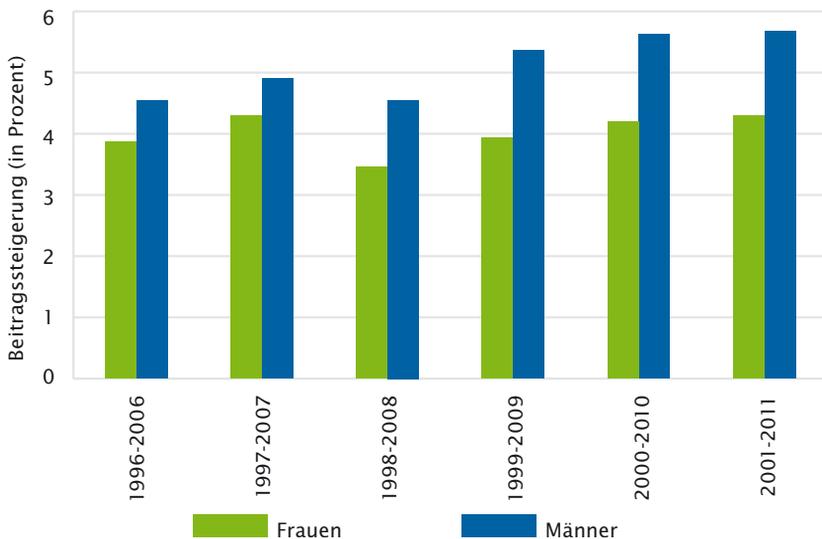
Das führt in der Praxis – besonders im Alter – zu hohen Prämiensteigerungen, die medial immer wieder thematisiert werden. Grund dafür ist das Kalkulationsverfahren der PKV, das keinerlei Ausgabensteigerungen durch einen medizinischen, pharmakologischen und technischen Fortschritt berücksichtigt. Verändern sich seit Vertragsbeginn die zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen, wird eine Nachkalkulation der Versicherungsprämie erforderlich. Die Nachkalkulation wirkt auf ältere Bestandskunden besonders stark, da für diese nicht nur eine Neuberechnung der gegenwärtigen und zukünftigen Versicherungsprämien wie bei Neukunden notwendig ist, sondern auch in deren Vergangenheit angesparte – nun zu geringen – Alterungsrückstellungen angepasst werden müssen (Böckmann 2011). Damit entpuppt sich eine lebenslang gleichbleibende Prämie, die durch Alterungsrückstellungen erzielt werden soll, vielfach als Illusion (PKV 2012 a).

Jährliche Prämienerrhöhungen gehören in der PKV damit zur Normalität. Das Analysehaus Morgen&Morgen weist aus, dass die Prämien im Jahr 2011 um durchschnittlich 4,9 Prozent gestiegen sind, was nach der Analyse von Morgen&Morgen auch für die letzten Jahre nicht unüblich ist.

Die HUK-COBURG Krankenversicherung hat diesen Umstand inzwischen als Defizit ihrer Kalkulation erkannt und beabsichtigt zum 1. Januar 2012, die Prämienkalkulation zu überarbeiten. Dabei sollen dann die Kosten der medizinischen „Inflation“, die bislang in der Kalkulation unberücksichtigt bleiben, einbezogen werden. Die Versicherung geht davon aus, dass sich dadurch die Einstiegsprämien im Durchschnitt um 0,5 Prozent erhöhen. Jedoch zeigt sich die HUK-COBURG davon überzeugt, dass eine versicherungsmathematische Lösung für die extremen Beitragssteigerungen für Ältere gefunden werden muss, um einerseits das den Versicherten gegebene Versprechen einer gleichbleibenden Prämie zu

halten und andererseits die öffentliche Kritik an den Beitragssteigerungen einzudämmen (Schlingensiepen und Fromme 2012). Ähnlich äußert sich auch der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenversicherung (DKV), der sich sogar für die branchenweite Einbeziehung der medizinischen Teuerung in die Kalkulation ausspricht (Schlingensiepen und Fromme 2012 a).

Abbildung 3: Durchschnittliche jährliche Beitragssteigerung in Prozent (gleitender Zehn-Jahres-Durchschnitt)



Quelle: Morgen & Morgen 2011

Vergreisungsstrategie wirkt zusätzlich negativ

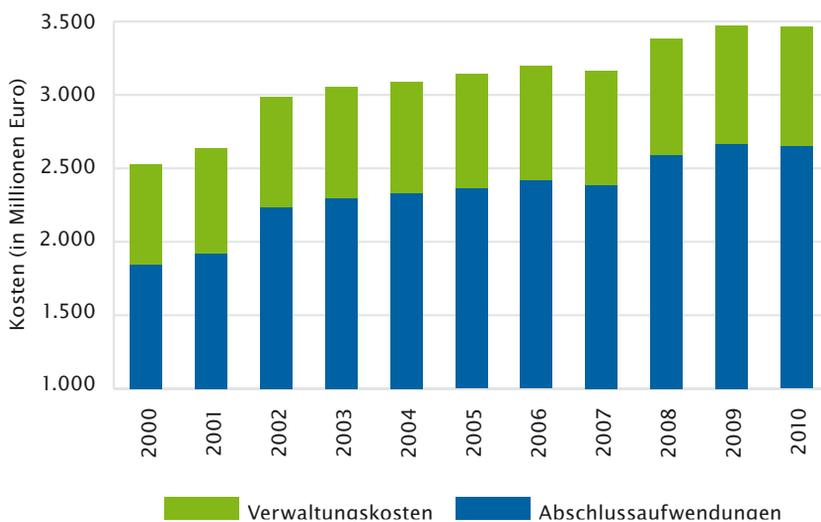
Weiterhin wirken Struktureffekte negativ auf die Prämienentwicklung. Da die risikoäquivalente Berechnung nur für den Zeitpunkt des Zugangs zur PKV erfolgt und Veränderungen des individuellen Risikos nach Vertragsabschluss unberücksichtigt bleiben, ist für die Prämienentwicklung das Versicherungsrisiko des Tarifkollektivs entscheidend. Die Tarife

werden vom Zugang günstigerer Risiken, also junge und gesunde Versicherte, abhängig. Neuzugänge wirken prämienstabilisierend. Um im Wettbewerb mit der GKV und innerhalb der PKV attraktiv zu sein, gehört es vielfach zur Geschäftspolitik der PKV-Unternehmen, Tarife für Neuzugänge zu schließen und „vergreisen“ zu lassen. Die Risikoselektion von Versichertengruppen wird so systematisch zur Trennung in Neukunden- und Bestandskunden-Tarife genutzt. In der Folge sind die Bestandskunden langfristig durch überdurchschnittliche Prämien erhöhungen belastet, da die prämienstabilisierenden Neuzugänge ausbleiben (Albrecht et al. 2010).

Provisionen jetzt gesetzlich begrenzt

Neben der Ausgabendynamik hat die PKV in den vergangenen Jahren immer wieder Negativschlagzeilen aufgrund stark steigender Provisionen produziert. Der Wettbewerb um die begrenzte Anzahl von Neukunden wird in der PKV über Provisionen angeheizt, was sich letztlich in einem Provisionswettlauf manifestiert, der die Aufsichtsbehörde auf den Plan rief.

Abbildung 4: Verwaltungskosten und Abschlussaufwendungen



Quelle: eigene Darstellung, PKV-Zahlenberichte 2000 bis 2010

So sind die Abschlussaufwendungen in den Jahren 2000 bis 2010 um rund 44 Prozent angestiegen, während die reinen Verwaltungskosten um weniger als 20 Prozent gewachsen sind (Abbildung 4). Insgesamt sind die Verwaltungskosten damit seit dem Jahr 2000 um 37 Prozent gestiegen, während die Verwaltungskosten in der GKV im gleichen Zeitraum um 30 Prozent gestiegen sind (BMG 2012).

Die BaFin beklagte im Dezember 2010 die Höhe der Provisionen der privaten Krankenversicherer, die zur Vernachlässigung der Beratung hinsichtlich eines angemessenen Versicherungsschutzes beiträgt (BaFin 2010). Auch der Vorsitzende des PKV-Verbandes warnte vor Übertreibungen bei den Provisionen. Jedoch sei der PKV-Verband aufgrund des Kartellrechts außerstande, eine Branchenlösung zu implementieren, sodass hier der Gesetzgeber gefordert sei (Schlingensiepen 2011).

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber die Bitten des PKV-Verbandes erhört und mit dem Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagenrechts die Höhe der Provisionen auf höchstens neun Monatsbeiträge ab dem 1. April 2012 begrenzt. Zusätzlich wurde die Stornohaftung – also der Zeitraum, in dem der Versicherungsvermittler der Versicherungsgesellschaft einen Teil der Provision zurückzahlen muss, wenn der Versicherte kündigt – auf fünf Jahre angehoben. Damit hat der Gesetzgeber höhere Hürden geschaffen, um Provisionsexzesse von bis zu 18 Monatsbeiträgen pro Neukunde in Zukunft zu vermeiden und die Kosten für die Abschlussaufwendungen zu stabilisieren (Schlingensiepen 2011 a).

Wirtschaftlichkeit und Vertragsfähigkeit

Der wirtschaftliche Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitssystems ist für den Erfolg der GKV und der PKV von entscheidender Bedeutung. Die maßvolle, verantwortungsbewusste Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten ist das Ziel der Steuerungsbemühungen in beiden Systemen. Jedoch sind die Maßnahmen, die von den beiden Systemen dazu ergriffen werden, sehr unterschiedlich.

GKV: Wirtschaftlichkeit durch Einfluss auf Menge, Preis und Qualität

Die GKV besitzt mit ihrer kollektiven, selbstverwalteten Struktur seit jeher Fähigkeiten, auf Preis, Menge und Qualität des Leistungsangebots über kollektivvertragliche und zunehmend auch über selektivvertragliche Regelungen Einfluss zu nehmen. Gemeinsam mit Vertretern der niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser und Patientenvertreter wirken die Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen (Fischer, Schlenker und Rothmaier 2012). Durch Kosten-, Leistungs- und Vertragsmanagement sind die Krankenkassen in der Lage, wirtschaftliche Lösungen für ihre Versicherten zu erreichen.

PKV: Kaum Einfluss auf Preis, Menge und Qualität des Leistungsangebots

Kern der PKV ist die individuelle Wahlfreiheit. Diese Wahlfreiheit impliziert jedoch zugleich den mangelnden Einfluss der Versicherer auf die Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten. Da das Vertragsverhältnis sich lediglich auf den Versicherten und den Versicherer beschränkt, bestehen keine Interventionsmöglichkeiten für die Versicherung, Einfluss bei Leistungserbringern zu nehmen. Die vorherrschende Einzelleistungsvergütung führt darüber hinaus dazu, dass insbesondere ambulante Ärzte und Zahnärzte die Einkommensbeschränkungen, die aufgrund von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen des Gesetzgebers in der GKV entstehen, bei den Versicherten der PKV kompensieren. In der Folge ist die Leistungsausgabedynamik deutlich höher als in der GKV. Die Idee der individuellen Kostensteuerung über Selbstbehalte und Beitragsrückgewähr scheint an ihre Grenzen zu stoßen.

Eine langjährige Forderung des PKV-Verbandes ist demnach auch die sogenannte Vertragsfähigkeit, um Verträge zwischen den privaten Krankenversicherern und der Ärzteschaft zu ermöglichen und damit Einfluss auf Menge, Preis und Qualität der Leistungen zu nehmen (PKV 2012 b). Insofern tendiert die PKV unter dem wachsenden Ausgabendruck auf eine Übernahme von Steuerungsmechanismen der GKV. Über die Einführung einer sogenannten Öffnungsklausel für Einzelverträge im Rahmen der

aktuellen Verhandlungen zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte wird zwischen den Ärzten und dem PKV-Verband aber weiter kontrovers gerungen. Initiativen einzelner PKV-Unternehmen in das Vertragsmanagement (Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle...) einzutreten sind vielfach gescheitert. So hatte zuletzt die Deutsche Krankenversicherung (DKV) angekündigt, zwei von vier Ärztezentren aufgrund mangelnder Akzeptanz bei den Versicherten zu schließen (Schlingensiepen 2012). Es bleibt jedoch abzuwarten, ob es der PKV gelingt, für den Fall, dass ihr tatsächlich die Möglichkeit eröffnet wird, Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen, den hohen Anspruch der PKV-Versicherten auf alle Leistungen ohne Einschränkungen auch in einem quasi dann „budgetierten“ Regime zu befriedigen.

Die aktuelle Bundesregierung zeigt sich bereit, auf die Probleme der PKV mit der Einführung kollektiver beziehungsweise staatlich verordneter Steuerungsinstrumente zu reagieren. Mit der Umsetzung des GKV-Änderungsgesetzes und des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG 2010) profitiert die PKV von den Arzneimitteleinsparungen, die zunächst steuernd für die GKV vorgesehen waren. So wird die PKV durch die Beteiligung am erhöhten GKV-Herstellerrabatt, der seit dem 1. August 2010 für die GKV gilt, finanziell entlastet. Seit Januar 2011 können die privaten Versicherer den erhöhten Herstellerrabatt beim pharmazeutischen Unternehmen geltend machen, sofern ihre Versicherten die Arzneimittelrechnungen zur Erstattung einreichen und nicht aufgrund einer zu erwartenden Beitragsrückerstattung oder Selbstbeteiligung selbst tragen (Wild 2011). Weiterhin partizipiert die PKV durch die Preisverhandlungen für neue Medikamente im Nachgang zur systematischen frühen Nutzenbewertung (AMNOG) von den Verhandlungserfolgen des GKV-Spitzenverbandes und wird so zum „Zaungast“ der Verhandlungen des GKV-Systems.

Modell eines „Integrierten Versicherungsmarktes“

Die oben beschriebenen Herausforderungen zeigen einerseits, dass das private Krankenversicherungssystem heutigen Zuschnitts weitreichender Reformen bedarf. Andererseits muss die derzeitige Form der Koexistenz

der beiden Versicherungssysteme GKV und PKV auch aus ökonomischen, wettbewerblichen und ordnungspolitischen Gründen neu hinterfragt werden.

Die politische Reformdebatte spiegelt dies wider: So ist die Überwindung der bestehenden dualen Versicherungsstruktur vielfach zum Thema aufgestiegen, auch wenn die Debatte keiner klaren Zielstellung oder einem eindeutigen Szenario folgt. Vorschläge zur evolutionären Weiterentwicklung des Nebeneinanders von GKV und PKV stammen auch vom „privaten“ Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) selbst. Dieser hatte im Jahr 2008 für den Bereich der Krankenversicherung über die Abschaffung des bisherigen Geschäftsmodells nachgedacht und die Aufhebung der Systemdualität auf die Agenda gesetzt (Vöcking 2009).

Und vonseiten der aktuell verantwortlichen Politik wird die Überwindung des geteilten Krankenvollversicherungsmarktes nicht mehr nur von Befürwortern der sogenannten Bürgerversicherung gefordert. Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, hat sich mehrfach öffentlich geäußert, dass die PKV in zehn Jahren nicht mehr auf dem gleichen Geschäftsmodell basieren wird wie im Status quo (Neumann 2012, Dell, Heise und Krämer 2011). Es scheint, als ob die existenziellen Herausforderungen der PKV zunehmend ins politische Bewusstsein dringen und Lösungen, die auf einen einheitlichen Krankenversicherungsrahmen abzielen, gesucht werden.

Nebeneinander von Systemen ineffizient

Das Nebeneinander von gesetzlicher sozialer Krankenversicherung und substitutiver privater Krankenvollversicherung – mit ihrer zugleich komplementären Funktion im Rahmen der Zusatzversicherungen – hat aus den nachfolgenden Gründen zu einer aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive wenig sinnvollen Segmentierung geführt. Der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung hat hierauf vielfach hingewiesen, Ineffizienzen beschrieben und die Schaffung eines

einheitlichen Marktes für private und gesetzliche Versicherungen verlangt (SVR Wirtschaft 2004 und 2008).

Demnach ist das heutige Nebeneinander von Defiziten gekennzeichnet, da hieraus zum einen distributive Verwerfungen folgen: Die ökonomischen Leistungsfähigen können sich dem Solidarausgleich entziehen. Aus der Systemtrennung resultiert eine wettbewerbsschädliche Risikoentmischung. Hinsichtlich der Einkommens- und Risikosolidarität bei der gesundheitlichen Versorgung stören willkürliche Exit-Optionen bestimmter Personkreise die Funktionsfähigkeit der Finanzierung (Greß, Leiber und Manouguian 2009).

Zum anderen ergeben sich Fehlallokationen, da Behandlungsqualität und Effizienz der Leistungserbringung leiden, wenn Ärzte nicht gemäß ihren Fähigkeiten und nach medizinischen Erfordernissen eingesetzt werden, sondern nach Zugehörigkeit eines Patienten zum jeweiligen Versicherungssystem.

Aus der Perspektive der Versicherten ist – zurückgehend vor allem auf die unterschiedlichen Vergütungssysteme von GKV und PKV – das Phänomen eines unterschiedlichen Zugangs zur Versorgung (beispielsweise Wartezeiten bei Fachärzten) bekannt. In der Bevölkerung sinkt hierfür mehr und mehr die Akzeptanz. Versorgungspolitisch besteht die Gefahr, dass der unterschiedliche Zugang zur ambulanten Versorgung Anreize für eine Unter-/Fehlversorgung aufseiten der GKV-Versicherten beziehungsweise für eine Überversorgung aufseiten der PKV-Versicherten setzt.

Kurzum – aus dem systeminternen Reformbedarf der PKV und den Ineffizienzen des geteilten Krankenversicherungsmarktes lässt sich ein langfristiges Zukunftsziel für eine weitsichtige und nachhaltige Reformpolitik formulieren: Die Gesundheitsversorgung in Deutschland sollte zukünftig auf gleichen Rahmenbedingungen für alle Versicherten und für alle Versicherungen basieren, die dann im echten Wettbewerb in

einem gemeinsamen Markt stehen. Ein zukünftiger Anpassungsprozess wird beiden Systemen deutliche Änderungen abverlangen. Dabei geht es politisch keineswegs darum, das eine oder andere System abzuschaffen, sondern in einem evolutionären Prozess gemeinsame Rahmenbedingungen für einen „integrierten Versicherungsmarkt“ zu schaffen. Wenn dieses Kernziel ausdauernd verfolgt wird, können die heutigen Effektivitäts- und Effizienzdefizite – resultierend aus der Dualität – überwunden werden. Im folgenden Abschnitt sollen die Rahmenbedingungen eines „einheitlichen Versicherungsmarktes“ skizziert werden.

Thesen zur Zukunft im „integrierten Versicherungsmarkt“

These 1: Einheitliche Rahmenbedingungen im Krankenvollversicherungsmarkt

Das Kernziel ist ein einheitlicher Versicherungsmarkt, in dem für alle Krankenkassen und Versicherungen dieselben Regeln gelten hinsichtlich des Zugangs zur Versicherung, der Finanzierung und der Vergütung der Leistungserbringer. In diesem einheitlichen Markt soll es allen Kunden möglich sein, zwischen allen Kassen und Versicherungen hin und her zu wechseln.

Der einheitliche Krankenvollversicherungsmarkt der Zukunft wird nachfolgend – als Arbeitstitel – mit dem Begriff der Solidarversicherung bezeichnet. Als Träger kommen alle bisherigen GKV-Krankenkassen und PKV-Unternehmen in Betracht, die miteinander und untereinander im Wettbewerb stehen. Kennzeichnend ist insofern eine Vielfalt von Anbietern und keinesfalls – um ideologisch motivierten Etiketten vorzubeugen – eine Einheitskasse.

Die Rahmenbedingungen sichern auch der PKV weiterhin den Marktzutritt für das Krankenvollversicherungsgeschäft. Es gelten allerdings Spielregeln für alle Krankenversicherungsträger, für die der Gesetzgeber einheitliche Bedingungen gestaltet und kontrolliert.

These 2: Zusatzversicherungen durch alle Versicherungsträger

Davon zu unterscheiden ist in einem eigenen Regelungs- und Rechtskreis der privatrechtliche Markt für Zusatzversicherungen. Anbieter für private Zusatzversicherungen sind hier sowohl die bisherigen GKV-Kassen als auch die PKV-Unternehmen. Alle Anbieter stehen in diesem getrennt zu betrachtenden Sektor – mit eigener versicherungsrechtlicher Rahmensezung – ebenfalls miteinander im Wettbewerb. Der Markt der Zusatzversicherungen ist ein Profitbereich. In ihm können die Anbieter selbstständig im Rahmen des Versicherungsrechtes über Tochtergesellschaften beziehungsweise Ausgründungen entscheiden. Quersubventionierungen zwischen Zusatz- und Vollversicherungsgeschäft sind auszuschließen.

Die Folgen dieser Neuordnung sind weitreichend: Ein einheitlicher Krankenvollversicherungsmarkt und gemeinsamer Zusatzversicherungsmarkt aller Anbieter ergibt systematisch, dass das Leistungsniveau für die Versicherten zunächst gleichmäßig über ein gesetzlich zu definierendes Leistungspaket der Solidarversicherung festgelegt wird. Hinzu treten dann private zusätzliche Angebote, über die individuell zu entscheiden ist. Gleichzeitig ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Leistungskatalogs über einen entsprechenden Organisationsrahmen zu sichern. Gegenüber dem Status quo liegt der Unterschied aber darin, dass zukünftig alle Träger im gleichen Rahmen auf beiden Märkten agieren können und somit gleichermaßen – nicht selektiv – von Entscheidungen über das gesetzliche Leistungspaket respektive den Leistungskatalog betroffen sind.

Aus Perspektive der Versicherten wiederum erhöhen sich die Freiheitsgrade. Denn alle Anbieter sind frei wählbar, gleich ob für privat hinzugewählte Angebote oder für die Vollversicherung, zu der eine gesetzliche Verpflichtung geboten ist.

These 3: Einheitlicher Zugang zur Solidarversicherung

Es besteht – wie im Status quo – Versicherungspflicht für alle Bürger zum Abschluss einer Krankenvollversicherung. Für die Anbieter gilt

Kontrahierungszwang, sodass die Versicherten den gleichen Zugang zu allen Anbietern genießen. Auch die Gruppe der Beamten ist über die Solidarversicherung krankenversichert. Dafür müssen alle Anbieter nach gleichen Regeln einen speziellen, beihilfefähigen Tarif für die Beamten kalkulieren. Die Versicherten verfügen zudem über ein lebenslanges Wechselrecht zwischen den Anbietern, sofern keine regionalen Begrenzungen aufseiten der Träger vorliegen. Für die Träger der Solidarversicherung müssen gemeinsame Regelungen für Marktzutritt und -austritt geschaffen werden. Vereinigungen der Anbieter sind möglich. Das gilt auch für Fusionen zwischen Körperschaften und privatrechtlich verfassten Trägern.

These 4: Finanzierung auf gleichen Grundlagen

Zentral für einen integrierten Versicherungsmarkt ist, dass die Finanzierung für alle Anbieter auf der gleichen Basis erfolgt, das bedeutet, es müssen zwingend die gleichen Kalkulationsgrundlagen gelten. Der heutige Status quo mit einem sozialen Beitrag – einkommensabhängig für gesetzlich Versicherte – und einem risikoäquivalenten Beitrag für privat Versicherte ist in einem einheitlichen Markt ausgeschlossen. Unterschiedliche Kalkulationsprinzipien können wegen der risikoselektiven Wirkungen nicht nebeneinander existieren.

Solidarische Beiträge

Für die Solidarversicherung ist eine solidarische Finanzierung angezeigt beziehungsweise empfiehlt sich als Ausfluss des Sozialstaatsgebotes. Prämisse der Solidarversicherung ist hier eine bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle, an der sich jeder im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten beteiligt. Im Gegensatz dazu sind risikoäquivalente Prämien für bestimmte Personenkreise, etwa chronisch Kranke oder Geringverdiener, nicht bezahlbar. Die Autoren plädieren daher grundsätzlich für eine soziale und paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebrachte Finanzierung. Einkommensabhängige Beiträge sind prozentual auf eine Bemessungsgrundlage zu erheben. Dies impliziert den Verzicht auf eine risikoäquivalente Prämienkalkulation.

Ergänzend sind Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen und den Familienlastenausgleich zur Verfügung zu stellen, die zukünftig bei allen Trägern gleichermaßen in die Kalkulation der Beiträge einfließen können.

Kapitaldeckung

In einem integrierten Versicherungsmarkt mit gemeinsamen Wettbewerbsgrundlagen für alle Träger stellt sich die Frage kapitalgedeckter Rücklagenbildung neu und ist (finanz-)politisch zu beantworten. Grundsätzlich kann auf Kapitaldeckung verzichtet werden. Insofern wäre die Solidarversicherung ein umlagefinanziertes System. Vor dem Hintergrund aktueller Finanzmarktkrisen spricht auch wenig dafür, die gesamtgesellschaftliche Finanzierung der Gesundheit von Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt abhängig zu machen. Gleichwohl ist hier eine politische Diskussion beispielsweise über eine kollektive Rücklagenbildung nicht auszuschließen. In einem gemeinsamen Markt ist die Frage der Kapitaldeckung kein systemtrennendes Element mehr, das Grundsatzfragen aufwirft, sondern eine gemeinsame Finanzierungsoption, über die unter Stabilitäts- und Nachhaltigkeitsaspekten entschieden werden kann.

Eine politisch und juristisch schwierige Frage ist weiterhin, wie mit den bestehenden Alterungsrückstellungen der aktuell Privatversicherten umgegangen werden soll. Der Bestandsschutz für Versicherte und für die private Assekuranz muss mit politischen Gestaltungsmöglichkeiten in Einklang gebracht werden. Für eine längere Übergangsphase werden verfassungskonforme Regelungen für den Umgang mit den bestehenden Altersrückstellungen der PKV zu finden sein. Die Anwartschaft auf die Altersrücklage für die bisherigen PKV-Unternehmen beziehungsweise für die Versicherten (Eigentumsrechte) müssen beachtet werden.

Risikoausgleich

Zur Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen und zur Vermeidung von Risikoselektion ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen Anbietern erforderlich. Dies setzt einen einheitlichen Leistungskatalog voraus. Mit einer politischen Grundsatzentscheidung

über eine solidarische Finanzierung stellt das Ausgleichssystem sicher, dass den Trägern – gemäß dem Versicherungsprinzip – letztlich risiko-adjustierte Zuweisungen für ihre Versicherten zur Finanzierung der Versorgung zur Verfügung stehen. Zugleich wird eine unerwünschte, wettbewerbsschädliche Risikoselektion aufgrund unterschiedlicher Versichertenkollektive ausgeschlossen beziehungsweise neutralisiert. Das morbiditätsorientierte Ausgleichssystem ist für faire Wettbewerbsbedingungen unabdingbar.

Steuerprivileg und Bilanzierung

Die Anbieter der Solidarversicherung nehmen hoheitliche Aufgaben wahr, sei es als Körperschaften oder als Beliehene. Daher fällt die Solidarversicherung unter das „Steuerprivileg“ und ist von der Körperschaftsteuer befreit. Sie kennt zudem keine Gewinnerzielungsabsicht, sondern wird als Non-Profit-Sektor organisiert. Dies passt auch zur Ausrichtung der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Für alle Träger gilt die Bilanzierung nach dem Handelsgesetzbuch. Ziel ist es, dass hier für die Anbieter größere Spielräume als im bisherigen sozialversicherungsrechtlichen Rahmen entstehen.

These 5: Umfassender Leistungskatalog

Die Versicherten haben Anspruch auf einen umfassenden Leistungskatalog in der Solidarversicherung, der das „medizinisch Notwendige“ (und „Wirtschaftliche“, „Zweckmäßige“) enthält. Der einheitliche Leistungsanspruch gilt für jeden Versicherten gleichermaßen. Eine individuelle Abwahl von Leistungen ist in der Solidarversicherung ausgeschlossen.

Das Absicherungsniveau der Bevölkerung entscheidet sich daher in einem ersten Schritt an der Frage, wie weit und umfassend das gesetzliche Leistungspaket definiert und wie der Leistungskatalog zukünftig weiterentwickelt wird. Dabei ist der Gesetzgeber in der Verantwortung, eine ausreichende Daseinsvorsorge unter Einbezug des medizinischen Fortschritts für alle Bürgerinnen und Bürger zu sichern. Dass der Umfang des gesetzlichen Leistungspakets und der Umfang des Zusatz-

versicherungsangebotes korrespondieren, ist offenkundig. In der Qualität ändert sich hier – gegenüber dem Status quo – wenig an den Verantwortlichkeiten der Politik. Sie ist weiterhin in der versorgungs- und sozialpolitischen Verantwortung, für ein zugesichertes Versorgungsniveau aller Versicherten zu sorgen. Dabei wird sie auch reflektieren müssen, dass über den Zukauf von Zusatzversicherungen primär die individuelle Kaufkraft der Bürgerinnen und Bürger entscheidet.

Ein entsprechendes Gremium für die Solidarversicherung stellt – analog der Funktion des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses – sicher, dass der Leistungskatalog im integrierten Versicherungsmarkt systematisch weiterentwickelt wird. Innovationen sollen nach einem systematischen Verfahren Teil des Leistungskatalogs der Solidarversicherung werden. Eine logische Konsequenz aus der Neuordnung von Vollversicherungs- und Zusatzversicherungsmarkt ist der Wegfall der bisherigen Wahltarife aufseiten der bisherigen gesetzlichen Krankenkassen. Da diese Tarife systematisch dem Zusatzversicherungsgeschäft zuzuordnen sind, entfallen derartige Angebote innerhalb der Solidarversicherung.

These 6: Gemeinsame Vergütung der Leistungserbringer

Die Honorierung der ambulanten Leistungserbringer erfolgt nach einer gemeinsamen Vergütungssystematik. Denn das Nebeneinander unterschiedlicher Vergütungsgrundlagen (EBM/GOÄ, BEMA/GOZ) ist in einem integrierten Versicherungsmarkt obsolet. Preisdifferenzierungen sind allerdings weiterhin möglich und das Ergebnis vertraglicher Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen. Mit der Herausbildung eines gemeinsamen Vergütungssystems soll auch eine Anpassung an die geänderten demografischen und medizinischen Bedingungen verbunden werden.

Auch zukünftig sollen die Leistungserbringer im Wettbewerb stehen. Für den einheitlichen Krankenvollversicherungsmarkt muss der Umfang des kollektiven Vertragshandelns zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung definiert werden. Es ist das Ziel eines wettbewerblichen

Krankenversicherungssystems, das auf Wirtschaftlichkeit und Qualität fokussiert, selektivvertragliche Optionen für Anbieter und Leistungserbringer auszubauen.

Gleiche Vergütungsgrundlagen sollen bestehende Fehlallokationen und Anreize zur selektiven Behandlung der Versicherten beseitigen. Dabei wird zu prüfen sein, inwieweit Zusatzversicherungstarife, die sich auf die Honorierung auswirken, zu ähnlichen Effekten wie im heute gesplitteten Versicherungsmarkt führen können beziehungsweise dürfen. Um die Akzeptanz bei der Ärzteschaft zu fördern und zur Vermeidung betriebswirtschaftlicher Verwerfungen aufseiten der niedergelassenen Ärzte, empfiehlt sich eine aufkommensneutrale Neuordnung des Vergütungssystems (Walendzik et al. 2008). Klar ist, dass eine gemeinsame Vergütungsgrundlage eine Vorbedingung für einen Schritt in Richtung des integrierten Versicherungsmarktes darstellt. Insofern ist hiermit eine zentrale Vorarbeit für das Zukunftsmodell benannt.

These 7: Gestaltungsspielraum für den Gesetzgeber

Der Gesetzgeber ist aufgerufen, die skizzierten strukturellen Defizite des Systems der PKV durch eine grundlegende Reform zu überwinden. Die hier vorgeschlagene weitreichende Neuordnung des Versicherungsmarktes wirft rechtliche Fragen nach der zukünftigen Gestaltung eines Nebeneinanders von privaten und öffentlichen Rechtsformen bei der Gewährleistung eines angemessenen, dem Sozialstaatsgebot des Artikels 20 des Grundgesetzes genügenden Krankenversicherungssystems auf. Eine Einbindung privatrechtlich verfasster Krankenversicherungsunternehmen in das Gesamtsystem der krankenversicherungsrechtlichen Daseinsvorsorge kann die strukturellen Probleme der PKV vermeiden, ohne zugleich das Aus für die Existenz privater Versicherungsunternehmen zu bedeuten.

In der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems hat der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum (Jarass, Pieroth und Bodo 2011, insbesondere zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts).

Eine Garantie bestehender Versicherungssysteme kann aus dem Grundgesetz nicht abgeleitet werden (BVerfGE 39, 302; 77, 340, 344). Daher kann es auch keine „Ewigkeitsgarantie“ für den Bestand der PKV in ihrer jetzigen Form geben. Es wäre somit möglich, das in der Praxis bewährtere System der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einzelnen Elementen der PKV zu kombinieren.

Vorgeschlagen wird, dass die bisherigen GKV-Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts bleiben. Daneben sollte es ermöglicht werden, dass auch privatrechtlich verfasste Krankenversicherungsunternehmen im Wege der sogenannten Beleihung mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet werden, die den Befugnissen der als Körperschaften des öffentlichen Rechts bestehenden Krankenkassen entsprechen. Als privatrechtliche Rechtsform, die dem Gedanken einer Solidarversicherung am ehesten entspricht, ist der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) zu favorisieren.

Entscheidend dafür ist, dass für Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und Körperschaften in der Solidarversicherung die gleichen umfassenden staatlichen Rahmenbedingungen gelten. Als Beispiel sei die Versicherungspflicht angeführt: Ein Kontrahierungszwang lässt sich sowohl den körperschaftlich verfassten Trägern als auch den VVaGs vorschreiben. Dem Gesetzgeber obliegt es also, unabhängig von der formalen Rechtsform, allen Trägern die gleichen Vorgaben zu machen.

Konsequenterweise müssen die gemeinsamen Rahmenbedingungen für alle Träger auch einheitlich kontrolliert werden. Es gilt eine bundeseinheitliche Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt (BVA) für die Körperschaften und eine Aufsicht durch die BaFin für VVaGs. Gemeinsame Richtlinien sollen ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherstellen. Soweit die Sozialverwaltung auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr allein durch Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern auch durch privatrechtlich verfasste – beliehene – Träger ausgeübt wird, wird sicherlich eine Grundgesetzänderung erforderlich sein.

Fazit: Plädoyer zur Annäherung

Das skizzierte idealtypische Zukunftsmodell eines integrierten Versicherungsmarktes ist zweifelsohne ein politisches Mammutprojekt. Eine Vielzahl von systematischen, grundsätzlichen, verteilungspolitischen, juristischen, ökonomischen, gesetzlichen und technischen Fragen muss beantwortet und entschieden werden. Dabei ist manifest, dass ohne fatale Verwerfungen nur ein langfristiger und evolutionärer Übergangsprozess vorstellbar ist, der wiederum eigene spezielle Rahmenbedingungen erfordert. Aber dieser Prozess kann politisch, bei hinreichender Klarheit über das angestrebte Ziel mit einer nächsten Reformrunde eingeleitet werden.

Dabei stehen zunächst die politische Rivalität zwischen GKV und PKV – entgegen allen gemeinsamen Herausforderungen – und die zum Teil dogmatischen Auseinandersetzungen, die zwischen Vertretern beider Versicherungssysteme herrschen, einer möglichen Systemintegration im Weg. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass alle Beteiligten in einen sachlich-nüchternen politischen Dialog über die Ziele der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland treten. Dies kann auch zwischen den Krankenversicherungsunternehmen erfolgen, die bereits heute geschäftliche Beziehungen im Bereich der Zusatzversicherungen unterhalten. Entscheidend dürften aber Zielklarheit und Signale aus der Politik sein, die bestehenden Strukturen anzunähern. Ohne politischen Druck werden GKV und PKV nur begrenzt über eine Integration nachdenken. Vor allem dann, wenn jeder befürchten muss, als Verlierer eines Systemumbaus dazustehen. Dabei bietet das skizzierte Modell eines integrierten Marktes gerade die Chance, „alle Beteiligten mitzunehmen“ – nicht zuletzt die Versicherten. Es setzt aber von Politik, GKV- und PKV-Unternehmen sowie den Leistungserbringern eine Veränderungsbereitschaft anstelle von Beharrungsvermögen voraus.

Literatur

- Albrecht, M., C. de Millas, S. Hildebrandt, A. Schliwen und B. Rürup (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung. Forschungsprojekt des BMWi. Schlussbericht.
- „Allianz fordert niedrigeren Rechnungszins in der PKV“. Ärzte Zeitung vom 8. März 2011.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012): Kennzahlen und Faustformel. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2000-2011_120313.pdf (Download 14. Juni 2012).
- Böckmann, R. (2011): Quo vadis, PKV?: Eine Branche mit dem Latein am Ende? VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesverfassungsgerichts-Entscheidungen. BVerfGE 39, 302; 77, 340, 344.
- Dell, I., M. Heise und W. Krämer (2011): Problem im System. ZDF frontal 21 vom 17. Oktober 2011. www.zdf.de/ZDF/zdfportal/web/ZDF.de/Frontal-21/2942216/5333620/5824fe/Problem-im-System.html (Download 14. Juni 2012).
- „Die PKV in der Niedrigzinsphase“. In: Aktuar Aktuell 2011. Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung. Ausgabe 18. September 2011.
- Drabinski, T. (2012): GKV/PKV-Systemgrenze – Bestandsaufnahme. Institut für Mikrodaten-Analyse. Schriftenreihe Band 21.
- Fischer, B., R.-U. Schlenker und J. Rothmaier (2012): Krankenkassenmanagement unter den besonderen Wettbewerbsbedingungen der GKV. In: Medizinökonomie. Band 2: Unternehmerische Praxis und Methodik. Verlag Springer Gabler.
- Fünftes Sozialgesetzbuch – SGB V (2012). Verlag CW Haarfeld.
- Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG). Kabinettsentwurf vom 21. September 2010.
- Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz – AM-NOG) (2010) vom 22. Dezember 2010.

- Greß, S., S. Leiber und M. Manouguian (2009): Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. In: WSI Mitteilungen. 7/2009.
- Jarass, H. D., und B. Pieroth (2011): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. 11. Auflage München. Art. 20 Rn. 114, 125 m.w.N. insbesondere zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.
- Könsgen, A. (2010): Historisches Zinstief: Wie groß sind die Herausforderungen für die Versicherer? In: AssekurataPunkt! Nr. 27.
- Morgen & Morgen (2011): Pressemitteilung vom 15. Juni 2011. www.morgen-undmorgen.com/publish/pressemitteilungen (Download 26. März 2012).
- Neumann, P. (2012): CDU rüttelt an privater Krankenkasse. Die Welt vom 15. März 2012.
- „Positionen und Ziele der PKV“. PKV 2012b. Verband der Privaten Krankenversicherung. www.pkv.de/w/files/kampagne/flyer_web_o_bilder.pdf (Download 26. März 2012)
- „Provisionen privater Krankenversicherer dürfen nicht zu hoch sein“. BaFin 2010. Pressemitteilung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 9. Dezember 2010.
- Rödiger, T. (2008): Sind PKV-Versicherte die Sozialhilfeempfänger von morgen? In: U. Repschläger (Hrsg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2008.
- Sacher, P. (2004): Private Kranken- und Pflegeversicherung, Verlag Versicherungswirtschaft.
- Schlingensiepen, I. (2011): Privatversicherer empört sich über Koalition. In: Financial Times Deutschland vom 17. Juni 2011.
- Schlingensiepen, I. (2011a): Bundestag beschließt Provisionsdeckelung. In: Financial Times Deutschland vom 28. Oktober 2011. www.ftd.de/unternehmen/versicherungen/:private-krankenversicherer-bundestag-beschliesst-provisionsdeckelung/60122233.html (Download 26. März 2011).

- Schlingensiepen, I. (2012): Aus für zwei von vier Ärztezentren. In: Financial Times Deutschland vom 9. März 2012. www.ftd.de/unternehmen/versicherungen/:deutsche-krankenversicherung-aus-fuer-zwei-von-vier-aerztezentren/70005890.html (Download 26. März 2012).
- Schlingensiepen, I., und H. Fromme (2012): HUK-COBURG will kalkulierbare PKV-Beiträge. In: Ärzte Zeitung vom 20. Februar 2012. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/805314/huk-coburg-will-kalkulierbare-pkv-beitraege.html (Download 13. März 2012).
- Schlingensiepen, I., und H. Fromme (2012a): DKV übt ganz neue Offenheit. In: Financial Times Deutschland vom 21. März 2012.
- Schmitt, J.-P. (2011): Market Consistent Embedded Value in der privaten Krankenversicherung. In: Preprint Series 2010-12. Fakultät für Mathematik und Wirtschaftswissenschaften. Universität Ulm.
- Statistisches Bundesamt (2012): EU-Vergleich der Arbeitskosten und Lohnnebenkosten für das Jahr 2011. In: Pressemitteilung vom 24. April 2012 – 144/12.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008): Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken.
- Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung KalV) (2012).
- Verordnung über Rechnungsgrundlagen für die Deckungsrückstellungen (Deckungsrückstellungsverordnung – DeckRV) (2012).
- Vöcking, J. (2009): Modernes Unternehmensmanagement der Krankenkassen – neues Selbstverständnis und Übergang zum lifetime present value. In: Solidarität und Wettbewerb. Nomos Verlag 2009.
- von der Schulenburg, J.-M. (2005): Versicherungsökonomik. Verlag Versicherungswirtschaft.

„Vorbildlich: eine Krankenversicherung mit eingebauter Altersvorsorge“. Verband der Privaten Krankenversicherung. PKV 2012a. www.gesunderversicherung.de/themen/vorbildlich-eine-krankenversicherung-mit-eingebauter-altersvorsorge (Download 20. März 2012).

Walendzik, A., S. Greß, M. Manouguian und J. Wasem (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. In: Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Nr. 165. Februar 2008.

Wild, F. (2011): Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben. In: WIP Diskussionspapier. 4/2011.

Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011.