



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2018

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Hans Olav Herøy und Roland Weber
Die Dualität stärken – Reformagenda der PKV

Auszug aus:
BARMER Gesundheitswesen aktuell 2018 (Seite 46–61)

Hans Olav Herøy und Roland Weber

Die Dualität stärken – Reformagenda der PKV

In dem Beitrag wird die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung (GKV und PKV) dargestellt. Es werden Probleme genannt und Lösungen skizziert, die unter anderem die Beitragsentwicklung, Tarifgestaltung und das Verhältnis zwischen gesetzlichem und privatem Versicherungssystem betreffen. Ziel soll sein, mögliche Handlungsoptionen vorzustellen, die das System der PKV politisch weniger angreifbar machen sollen und für mehr Wettbewerb im dualen System aus GKV und PKV sorgen.

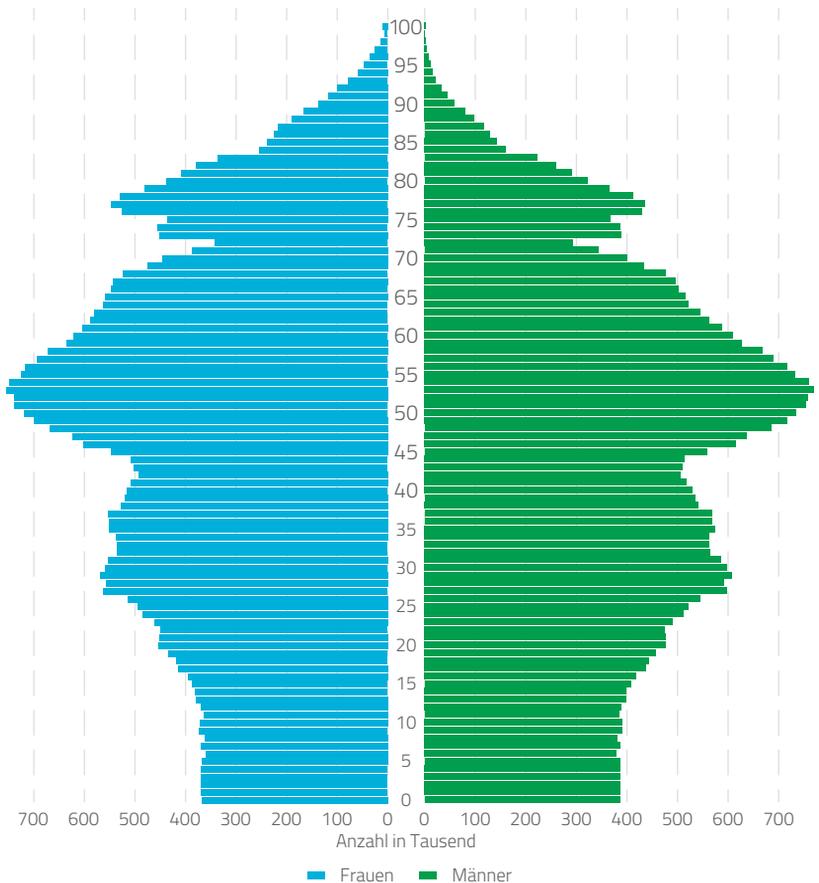
Einleitung

Der Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigt in den nächsten 20 Jahren im optimistischen Fall auf 22 Prozent an. Massive Beitragserhöhungen können nur durch massive Leistungskürzungen vermieden werden. Staatlich verordnete massive Leistungskürzungen werden aber politisch unmöglich sein, wenn ein Wettbewerber (PKV) vorhanden ist, der Leistungen in unverändertem Ausmaß gewährt. Es ist daher für alle GKV-Versicherten wichtig, dass Deutschland eine gut funktionierende Private Krankenversicherung (PKV) erhalten bleibt. Um diesen Erhalt sicherzustellen, muss die Politik der PKV den Marktzugang erlauben, statt – wie aktuell und in der jüngeren Vergangenheit – den Zugang zur PKV für Interessenten deutlich zu erschweren. Damit die Politik der PKV mit gutem Gewissen einen erweiterten Zugang gewähren kann, müssen zuerst einige Vorwürfe, die an die PKV gerichtet sind, entkräftet werden. Um welche es sich dabei handelt und wie dies angegangen werden soll, wird im Folgenden skizziert.

Zunächst wird das oben beschriebene Beitragssatz-Problem der GKV kurz erläutert. Das System der GKV steht vor gewaltigen Herausforderungen. Bis zum Jahr 2038 werden die geburtenstarken Jahrgänge alle in Rente gegangen sein. Da die beitragspflichtige Rente spürbar geringer ist als das beitragspflichtige Einkommen, fehlen der GKV Einnahmen. Wie aus der Abbildung 1 (Statistisches Bundesamt) erkenntlich wird, erreichen in den nächsten 20 Jahren zwischen 1 und 1,4 Millionen Personen pro Jahr das Rentenalter. Es kommen lediglich 700.000 Jugendliche im erwerbsfähigen Alter hinzu.

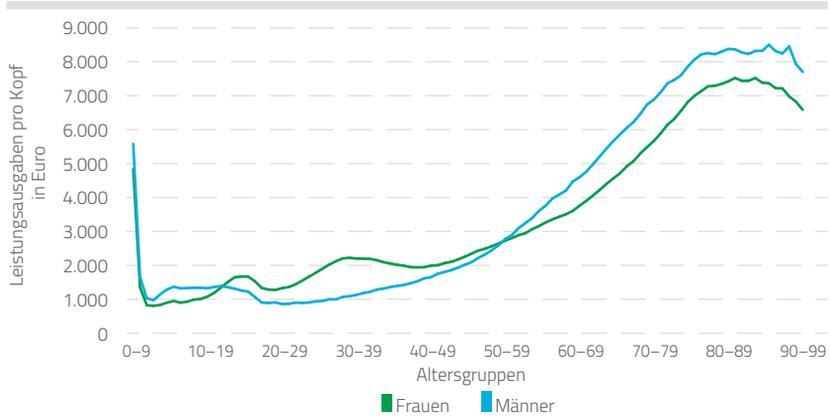
Das Verhältnis von beitragspflichtiger Rente zu Einkommen beträgt 1 zu 3 (durchschnittliches Erwerbseinkommen laut Statistischem Bundesamt zu durchschnittlicher Rentenhöhe eines Neurentners laut Gesetzlicher Rentenversicherung – GRV). Dieser Zusammenhang lässt den GKV-Beitrag um etwa ein Prozent pro Jahr ansteigen.

Abbildung 1: Altersaufbau 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt Bevölkerungsvorausberechnung 2017

Abbildung 2: Pro-Kopf-Ausgaben GKV 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bundesversicherungsamt Altersausgabenprofile 2016

Gleichzeitig werden die Menschen älter und verursachen erhöhte Ausgaben. Die Deutschen werden im Durchschnitt 0,25 Jahre pro Kalenderjahr älter (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung). Pro Lebensjahr werden dadurch 2,4 Prozent mehr an Gesundheitsausgaben verursacht (obere Abbildung, Bundesversicherungsamt). Der Beitrag zur GKV steigt daher durch diesen Effekt um $0,25 \text{ Jahre} \times 2,4 \text{ Prozent pro Jahr} = 0,6 \text{ Prozent pro Jahr}$ an.

Seit der deutschen Wiedervereinigung steigt zudem die Lohnsumme um 0,2 Prozent langsamer als die um die Demografie bereinigten Gesundheitsausgaben. In der Summe ergibt sich – ohne Berücksichtigung der leistungsausweitenden Geschenke der letzten Legislaturperiode – alleine aus den drei Faktoren

- fehlender Beitrag der Rentner 1,0 Prozent
- erhöhte Ausgaben wegen steigenden Durchschnittsalters 0,6 Prozent
- Lohnsumme steigt langsamer als das um die Demografie bereinigte Bruttoinlandsprodukt 0,2 Prozent

im Jahr 2038 ein Beitragssatz für die GKV von

$$15,6 \% \times (1 + 1,0 \% + 0,6 \% + 0,2 \%)^{20} > 22 \%$$

Die Ergebnisse dieser kurzen Berechnungen werden bestätigt durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen, so zum Beispiel durch Volker Ulrich, zuletzt 2017 mit Christine Arentz, oder in den BMF-Berichten zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, zuletzt im Jahr 2016.

Sollte sich die konjunkturell einmalig gute Situation auf dem Arbeitsmarkt eintrüben, kämen noch weitere Belastungen hinzu und daher noch höhere Beitragssätze für die GKV zustande. Warum ist das so? Das GKV-Beitragsaufkommen ist proportional zur Lohnsumme. Wenn weniger Leute erwerbstätig sind, sinkt die Lohnsumme und daher das Beitragsaufkommen der GKV. Das Resultat wäre ein noch höherer Beitragssatz. Massive Beitragssteigerungen können durch massive Leistungskürzungen aufgefangen werden; besser wäre es jedoch, Effizienzreserven im System zu heben. Dazu bedarf es spürbaren Wettbewerbs. Wenn in einem staatlich gelenkten System kein Anreiz vorhanden ist, um sich anzustrengen, entstehen norwegische oder englische Zustände. Zu erwarten wären dann

- Leistungskürzungen,
- Rationierung,
- Medizin nach Kassenlage,
- Wartezeiten.

Barzahler wären wieder im Vorteil. Dies wäre eine wirkliche Zweiklassenmedizin. Der beste Garant für Wettbewerb ist die Beibehaltung des dualen Systems. Verschwindet die PKV, bleibt eine staatlich gelenkte GKV zurück. Warum existiert zwischen den Gken nach Ansicht der Autoren kein ernsthafter Wettbewerb? Die Ausgaben werden diktiert. Der Leistungskatalog der GKV ist bis auf marginale Satzungsleistungen fest vorgegeben. Die Einnahmen sind kaum beeinflussbar. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die jeweiligen GKV werden durch den weitestgehend politisch diktierten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bestimmt.

Aktuell treiben sich GKV und PKV gegenseitig an – zum Nutzen aller Versicherten.

- Innovationen sind in Deutschland für alle Versicherten früh verfügbar,
- Wartezeiten, beispielsweise für Fachärzte oder geplante Operationen, sind für alle sensationell kurz,

- Rationierungen finden nicht statt,
- die Finanzmittel aus GKV und PKV fließen in die gleiche Versorgungsinfrastruktur; in anderen Ländern gibt es ein separates privates Versorgungssystem, von dem nur wenige profitieren,
- das System arbeitet effizient – auch wenn Optimierungen möglich sind.

Um diesen Zustand zu erhalten, ist es für das gesamte Gesundheitssystem wichtig, die Dualität von GKV und PKV dauerhaft abzusichern. Hierzu sind in beiden Systemen immer wieder Modifikationen sinnvoll, wenn veränderte Rahmenbedingungen dies fordern. Der Beitrag konzentriert sich im Folgenden auf die Themen der PKV, in denen Verbesserungen vorgenommen werden könnten. Fünf Jahre Stillstand der Gesetzgebung, wie während der großen Koalition seit 2013, helfen nicht der PKV, sondern nur ihren Kritikern.

Thema	Vorschlag
mangelnder PKV-Bestandswettbewerb	1 Wechsel zwischen PKVen verbessern
angebliche Überdiagnostizierung bei PKV-Versicherten	2 neue GOÄ zeitnah einführen
unterstellte Rosinenpickerei der PKV	3 Öffnungsaktion erweitern
Kunde kann seinen PKV-Beitrag nicht zahlen	4 Standardtarif ausweiten
Beitragsentwicklung: - wahrgenommen - im Alter	5 Umstellung auf stetige Beitragsanpassung (BAP)
	6 bei zukünftigen Zinssteigerungen wird eine Zins-Marge vorgesehen
fairen Verhältnis GKV/PKV	7 Beitragszuschuss für Kinder
Wahlfreiheit nicht immer nur in Richtung GKV erweitern	8 Pflicht-Ausscheidgrenze einführen

Vorschlag 1: Wechsel zwischen den Privaten Krankenversicherungen verbessern

Ein häufiger Vorwurf gegenüber der PKV ist, dass der Wettbewerb ausschließlich um Neukunden stattfindet, da Bestandskunden bei einem Versichererwechsel die gebildete Rückstellung bei ihrem Altversicherer zurücklassen müssen. Als Konsequenz hieraus hat der Gesetzgeber für alle ab dem Jahr 2009 abgeschlossenen Verträge den

sogenannten „Übertragungswert“ eingeführt: Wechselt ein seit dem Jahr 2009 bei Versicherer A in Tarif a versicherter Kunde im Jahr 2018 zu Unternehmen B in den Tarif b, so wird er dort so gestellt, als ob er seit 2009 in Unternehmen B im Basistarif versichert gewesen sei und nun eine Höherstufung vom Basistarif in den Tarif b vornimmt. Ferner wird der aufgrund des gesetzlichen Beitragszuschlages für Beitragsentlastungen im Alter gebildete Betrag übertragen.

Diese aktuelle Regelung hat eine Reihe von Nachteilen. So ist der Basistarif als Bezugsgröße für die Anrechnung der Rückstellung sachfremd, da er ein völlig untypischer PKV-Tarif ist. Er dient der Sicherstellung des Kontrahierungszwanges für der PKV zuzurechnende Personen, die aus gesundheitlichen Gründen keine andere Absicherung finden. Im Übrigen ist die anzurechnende Rückstellung in vielen Fällen zu hoch, da in der Regel eher „gute“ Risiken wechseln.

Dieses Modell könnte verbessert werden:

- Die bei einem Wechsel anzurechnende Rückstellung sollte nicht starr in einer festen absoluten Höhe eines fiktiven Tarifs sein, sondern einen Selektionsabschlag von zum Beispiel 33 Prozent auf die im bisherigen Tarif gebildete Rückstellung berücksichtigen – um eine Entsolidarisierung des abgehenden Kollektivs zu vermeiden, da vor allem Gesunde wechseln.
- Der aus dem gesetzlichen Zuschlag gebildete Betrag sollte weiterhin übertragen werden.
- Ferner sollten die zusätzlichen Mittel, die aus Zinsüberschüssen für künftige Beitragsentlastungen gebildet wurden, ebenfalls übertragen werden. Damit ist der Anreiz für den aufnehmenden Versicherer, einen Versicherten fortgeschrittenen Alters aufzunehmen, größer.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich Vorschläge nach einem individuellen, morbiditätsorientierten Übertragungswert. Alle derzeitigen Analysen der Deutschen Aktuarvereinigung zu diesem Thema ergaben, dass die bisher betrachteten Modelle an der praktischen Umsetzbarkeit scheitern. Daher zunächst der Vorschlag nach einem pauschalen Selektionsabschlag.

Es bleibt die Frage, ob und wie der vor 2009 bereits versicherte Bestand von diesen verbesserten Wechselmöglichkeiten profitieren kann. Die nachträgliche Einführung eines Übertragungswertes wäre ein rückwirkender Eingriff des Gesetzgebers in privatrechtliche Verträge. Dies wäre, wenn überhaupt, nur dann möglich, wenn ein übergeordnetes Interesse besteht und die Auswirkungen für die Betroffenen nicht unangemessen sind. In jedem Fall führte ein solcher Eingriff zu höheren Beiträgen für die betroffenen Versicherten, da der Übertragungswert eine zusätzliche, bisher nicht einkalkulierte Leistung ist.

Schließlich besteht die Befürchtung, dass die Einführung eines Übertragungswertes für den gesamten PKV-Bestand von den Gegnern der PKV als willkommene Einladung gesehen würde, die mehr als 250 Milliarden Alterungsrückstellungen in die GKV zu transferieren. Ein solcher Transfer von einem intragenerativen System, wie es die PKV darstellt, in ein intergeneratives (GKV) wäre nach Ansicht der Autoren nicht nur ordnungspolitisch verfehlt und systemwidrig, sondern ein klarer Verstoß gegen die Verfassung. Auch wenn dieser größte „Bankraub“ aller Zeiten manchem Sozialpolitiker zuzutrauen wäre.

Vorschlag 2: Neue GOÄ zeitnah einführen

Die bisherige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stammt noch aus den 1980er Jahren und ist daher inzwischen unter anderem beim Verhältnis von technischen Leistungen zu persönlichen Leistungen falsch kalibriert: Technische Leistungen sind zu hoch bewertet, wodurch ein Anreiz geschaffen wird, mehr Diagnose zu betreiben als erforderlich. PKV-Verband und Bundesärztekammer haben gemeinsam eine neue GOÄ entwickelt, die auf aktuellen betriebswirtschaftlichen Grundlagen basiert und die sprechende Medizin deutlich höher bewertet.

Vorschlag 3: Öffnungsaktion erweitern

Aktuell können fast alle Beamte – unabhängig vom Gesundheitszustand – sich in der PKV versichern. Sie müssen dabei maximal einen Risikozuschlag von 30 Prozent zahlen. Nach den gleichen Regeln wie heute für die Gruppe der Beamten – maximal 30 Prozent

Risikozuschlag – wird in einem Zeitfenster ab dem Eintritt eines Auslösers allen Berufsgruppen die Möglichkeit eingeräumt, sich in der PKV zu versichern:

- Beamte (neu insbesondere auch Beamte auf Widerruf) und ihre Angehörigen,
- Angestellte, die die Versicherungspflichtgrenze überschreiten,
- Selbstständige, die drei Jahre in Folge ein zu versteuerndes Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielt haben und einen anerkannten Abschluss (Meister, Studium oder ähnliche) nachweisen können.

Das Zeitfenster für die Öffnungsaktion umfasst sechs Monate nach Erlangen des jeweiligen Status. Damit erhält jeder, auch schwerbehinderte oder chronisch kranke Personen, die Möglichkeit, sich ohne ausufernde Beitragszuschläge in der PKV zu versichern.

Die Versicherungspflichtgrenze wird dabei wieder abgesenkt, beispielsweise auf die Hälfte der Rentenversicherungs-Beitragsbemessungsgrenze. Diese Absenkung ist umso natürlicher, weil die Summe aller hier vorgestellten Maßnahmen eine finanzielle Überforderung eines PKV-Versicherten unmöglich macht.

Vorschlag 4: Standardtarif ausweiten

Der Standardtarif der PKV bietet Leistungen, die denen der GKV entsprechen, zu einem günstigen Beitrag. Er ist eine gute Alternative für langjährig Versicherte, die ihren PKV-Beitrag als zu hoch empfinden, da sich ihre Rückstellungen im Standardtarif deutlich beitragsreduzierend auswirken. Der Standardtarif steht Versicherten offen, die vor dem 1. Januar 2009 in die PKV gewechselt sind, seit mindestens zehn Jahren privat krankenversichert sind und ein Mindestalter von 65 Jahren erreicht haben.

Folgende vier Erweiterungen ermöglichen es dem Standardtarif, die angedachte Rolle als „Abfederung bei einer finanziell schwierigen Lage“ noch besser wahrzunehmen.

1. Der Systemwechsel (wie heute in Richtung GKV) wird auch in Richtung PKV nur bis zum Alter von 55 Jahren erlaubt. (Besser als das feste Alter 55 wäre die Regel „Regel-Renteneintrittsalter minus zehn Jahre“, da das Rentenalter ja aktuell von 65 Richtung 67 ansteigt und später vielleicht weiter angehoben wird.) Damit ist ausreichend Zeit zur Bildung einer Rückstellung vorhanden.

2. Der Standardtarif wird für alle Kunden mit zehnjähriger Versichertenzeit in der PKV geöffnet, also auch für Versicherte, die sich ab dem Jahr 2009 in der PKV versicherten.
3. Es wird eine einkommensabhängige Begrenzung der Beitragshöhe im Standardtarif eingeführt. Jeder Versicherte, der beispielsweise nachweist, dass er mehr als den Beitragssatz der GKV mal das steuerpflichtige Einkommen (also das Einkommen inklusive der Einnahmen aus Kapitalanlagen, Vermietung, Renten) für den Standardtarif zahlt, wird auf diese Höchstgrenze gekappt.
4. Die gleiche Logik wird – unabhängig von der Versichertenzeit – in der Erziehungszeit/ bei Arbeitslosigkeit angewendet, mit Rückkehrrecht in den Ursprungstarif nach Ende der Erziehungszeit/der Arbeitslosigkeit.

Um diese Beitragskappung zu finanzieren, wird ein Zuschlag auf den Beitrag bei allen Vollversicherten vorgesehen.

Vorschlag 5: Umstellung auf stetige Beitragsanpassung (BAP)

Erst wenn die tatsächlichen Versicherungsleistungen eines Tarifs um mehr als zehn Prozent – bei manchen Tarifen mehr als fünf Prozent – von der bisherigen Kalkulation abweichen, können die Beiträge bei der PKV angepasst werden. Hierdurch kann es vorkommen, dass der Beitrag einige Jahre stabil bleibt, aber dann sprunghaft steigt, da die Veränderung aller beitragsrelevanten Faktoren nun in einem Schritt nachgeholt wird. Versicherte bevorzugen jedoch eher regelmäßige und somit geringere Beitragsanpassungen.

Selbstverständlich bevorzugen Versicherte insbesondere „gar keine Beitragsanpassungen“, nur dies ist in der PKV wie in der GKV unrealistisch. In der GKV steigt der Beitrag beispielsweise auch, wenn der Beitragssatz unverändert bleibt (was in der Vergangenheit eher selten der Fall war), weil das Gehalt höher wird und/oder die Beitragsbemessungsgrenze sich erhöht. Es ist schlichtweg unmöglich und unsinnig verhindern zu wollen, dass sich die Beiträge im Zeitverlauf mit der Inflation mit entwickeln. Unterschiedliche Varianten erfüllen das Ziel, „die subjektive Wahrnehmung der Beitragsentwicklung abzumildern“. Beispiele hierfür sind:

- Beitragsanpassung allgemein einmal im Jahr,
- der auslösende Faktor wird von heute „Zehn-Prozent-Leistungsausweitung“ auf „Drei-Prozent-Erhöhung des Nettobeitrags“ umgestellt.

Die Bezeichnung „Nettobeitrag“ bedeutet dabei den Beitrag abzüglich Kosten und ohne den Einfluss der Vererbung von angesparten Rückstellungsanteilen bei Versicherungsnehmern, die ihre Krankenversicherung wechseln.

Vorschlag 6: Zins-Marge bei zukünftigen Zinssteigerungen vorsehen

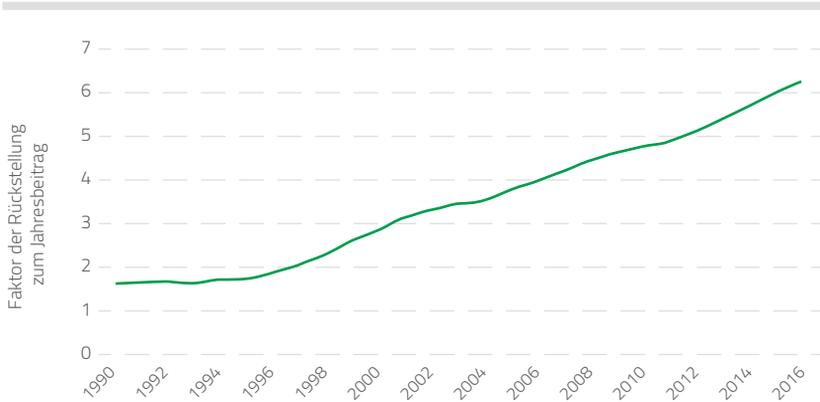
Das Prinzip der Beitragsberechnung der PKV sagt aus, dass ein Betrag nicht wegen der Alterung des Versicherten steigen darf. Dies schließt nicht aus, dass der Beitrag im Zeitverlauf entsprechend der Inflation angepasst wird. Es sollte aber im Idealfall weiterhin gelten, dass der Beitrag eines langjährig Versicherten, der sich beispielsweise im Alter von 30 Jahren versichert hat, nie höher als der aktuelle Neugeschäftsbeitrag eines 30-Jährigen sein darf.

Dies gelingt aktuell nicht bei allen Versicherten. Der Grund ist, dass bei einer Beitragsanpassung nicht immer genügend Geld vorhanden ist, um die Rückstellung in gleicher prozentualer Höhe aufzufüllen, wie es der Steigerung der Neugeschäftsbeiträge entspricht. Wenn beispielsweise der Beitrag von 400 auf 412 Euro, um drei Prozent bei einer Beitragsanpassung erhöht wird, sollte die Rückstellung von (angenommen) 30.000 Euro gleichzeitig um drei Prozent, also auf 30.900 Euro erhöht werden.

Zur Lösung dieses Problems wurde in der Vergangenheit eine Beteiligung der Versicherten an den Zinsüberschüssen der Versicherer zwingend eingeführt, zuletzt in Höhe von 90 Prozent dieser Überschüsse. Zudem ist ein Beitragszuschlag von zehn Prozent auf den normalen PKV-Beitrag obligatorisch. Seit einigen Jahren ist der Effekt aus der Beteiligung der Versicherten an Zinsüberschüssen – wegen der durch die Europäische Zentralbank ausgelösten Niedrigzinsphase – verschwindend gering.

Die einzig sicher funktionierende Finanzierungsquelle für das Problem wäre eine vorgeschriebene Marge auf die Kapitalanlageerträge. Denn das Volumen der Rückstellung beträgt ein Vielfaches der Beitragseinnahmen und dieses Verhältnis erhöht sich – wie aus der folgenden Grafik (Zahlenberichte der PKV) ersichtlich – zudem im Laufe der Zeit. Daher greift eine Erhöhung des Beitragszuschlags zu kurz. Typischerweise reicht eine Marge von 0,5 Prozent auf die Kapitalanlageerträge aus, um das Problem nachhaltig zu lösen. Sehr elegant wäre es nun vorzusehen, dass bei zukünftig möglichen Rechnungszinserhöhungen diese erst nach Sicherstellung einer solchen Marge vorgenommen werden dürfen.

Abbildung 3: Rückstellung zu Beitrag in der Privaten Krankenversicherung im Zeitverlauf



Quelle: PKV-Verband

Lesebeispiele: Im Jahr 1990 betrug die Rückstellung der PKV das 1,6-Fache des Jahresbeitrags aller Versicherten (30 Milliarden Euro Rückstellung zu 18,7 Milliarden Euro Jahresbeitrag). Im Jahr 2016 betrug die Rückstellung der PKV das 6,2-Fache des Jahresbeitrags aller Versicherten (233 Milliarden Euro Rückstellung zu 37,3 Milliarden Euro Jahresbeitrag).

Vorschlag 7: Beitragszuschuss für Kinder

PKV-Versicherte finanzieren über ihre Steuerzahlungen den Steuerzuschuss (aktuell 14,5 Milliarden Euro pro Jahr) und damit die Beitragsfreiheit für Kinder in der GKV mit. Daher wäre es nur fair, wenn ein Zuschuss für Kinder in der PKV, beispielsweise in Höhe des eigentlich notwendigen Beitrags für Kinder in der GKV, ebenfalls über Steuern finanziert würde. Insbesondere würde dadurch die finanzielle Situation von Eltern, die sich in der Elternzeit befinden, erheblich verbessert.

In der GKV ist es für den Beitrag egal, wie viele Kinder man hat; diese sind alle kostenfrei mitversichert. Bei

- 20 Altersstufen (0 bis 19)
- x 680.000 Kinder pro Altersstufe
- x 1.200 Euro Leistungsausgaben pro Kind und Jahr
- x 90 Prozent GKV-Anteil

errechnet sich ein Volumen von 14,7 Milliarden Euro an notwendigen Beiträgen für Kinder, was ziemlich genau dem Steuerzuschuss für die GKV entspricht. Der ursprüngliche Begründungstext für den Steuerzuschuss zur GKV enthielt auch eine ähnliche Herleitung.

In der PKV zahlt eine Familie für jedes Kind einen eigenen Beitrag. Gerechert erscheint es hier ebenfalls, einen Steuerzuschuss in Höhe von 1.200 Euro pro Kind und Jahr vorzusehen. Dann können die Eltern den Versicherungsschutz für die Kinder frei auswählen – also auch mehr als 100 Euro pro Monat dafür zahlen – aber werden durch den Zuschuss entlastet. Für Beamte müsste man hier den Zuschuss mit dem privat abzuschließenden Anteil (meist 20 Prozent) multiplizieren. Insbesondere bedeutet dies, dass PKV-Versicherte in der Erziehungszeit neben dem Verdienstausschlag nicht auch noch einen zusätzlichen Krankenversicherungsbeitrag zu stemmen hätten.

Vorschlag 8: Pflicht-Ausschlaggrenze einführen

Nachdem in den Punkten 1 bis 7 sozial verantwortliche Lösungsansätze für eventuell auftretende finanzielle Probleme der Kunden aufgezeigt wurden, sollte man sich auf das der Bismarckschen Sozialversicherung seit jeher zugrunde liegende Subsidiaritätsprinzip zurückbesinnen. Dieses Prinzip besagt, dass jeder, der für sich selbst vorsorgen

kann, dies auch tun soll. Konsequenterweise bedeutet dies, dass die bei der Öffnungsaktion (in Punkt 3 beschrieben) genannten Kriterien nicht nur eine Begrenzung des Risikozuschlags beim Wechsel in der PKV ermöglichen, sondern einen Wechsel in die PKV erzwingen.

Konkret bedeutet dies, dass sich

- Beamte (neu insbesondere auch Beamte auf Widerruf) und ihre Angehörigen,
- Angestellte, die die Versicherungspflichtgrenze überschreiten,
- Selbstständige, die drei Jahre in Folge ein zu versteuerndes Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielt haben und einen anerkannten Abschluss (Meister, Studium oder ähnliche) nachweisen können,

privat versichern müssen.

Bei steuerlich zusammen veranlagten Partnern (bei Angestellten und Selbstständigen) würde es Sinn ergeben, eine „Familien“-Versicherungspflichtgrenze zu definieren. Dies würde bedeuten, dass sich Partner, die zusammen mehr als das Doppelte der „single“-Versicherungspflichtgrenze verdienen, beide privat versichern müssen. Dabei kann insbesondere ein Partner alleine mehr als zweimal die Versicherungspflichtgrenze verdienen und der zweite Partner gar nichts. Mit diesem Verständnis kann auch bei den Angestellten und Selbstständigen wie bei den Beamten der Zusatz „und Ihre Angehörigen“ hinzugefügt werden.

Fazit

Der Punkt 1 „Wechsel zwischen PKVen erleichtern“ führt bei Realisierung zu einem noch nie da gewesenen Wettbewerb zwischen PKV-Unternehmen. Jedes Unternehmen muss bestrebt sein, jeden Kunden zu begeistern; ansonsten wird der Kunde verloren sein. Der Wettbewerb funktioniert: Unternehmen können sich über niedrige Kosten und gute Versorgungskonzepte einen Vorteil verschaffen.

Mit dem Punkt 2 „Neue GOÄ zeitnah einführen“ wird dem Vorwurf der Überdiagnostizierung entgegengewirkt und gleichzeitig ein moderner Leistungskatalog für die privatärztliche Behandlung geschaffen.

Die Punkte 3 „Öffnungsaktion erweitern“, 4 „Standardtarif ausweiten“, 5 „Umstellung auf stetige Beitragsanpassung“, 6 „bei zukünftigen Zinssteigerungen wird eine Zins-Marge vorgesehen“ und 7 „Beitragszuschuss für Kinder“ führen bei Realisierung dazu, dass kein Versicherter in der PKV befürchten muss, dass er seine Beiträge nicht mehr zahlen kann. Daher wäre es folgerichtig, diejenigen, die für sich selber vorsorgen können, durch Punkt 8 „Pflicht-Ausscheidegrenze einführen“ dazu anzuhalten, dies auch tatsächlich zu tun.

Die detaillierten Konzepte zu den oben genannten Punkten kann die PKV liefern. Der Gesetzgeber wird im Wesentlichen benötigt, um die Kalkulationsverordnung und die Regeln für den Standardtarif zu modifizieren sowie den Steuerzuschuss auf Kinder in der PKV zu erweitern und die Versicherungspflichtgrenze zu verringern.

Angesichts der demografischen Entwicklung, die gerade im Kranken- und Pflegebereich in den nächsten Jahren stark kostenerhöhend wirkt, sollte die Gesellschaft diese Möglichkeit zur Verhinderung eines unkontrollierten Anstiegs der gesamten Sozialversicherungsbeiträge (Rentenversicherung plus Krankenversicherung plus Pflegeversicherung plus Arbeitslosenversicherung) auf einen Wert weit oberhalb der 40-Prozent-Marke konsequent nutzen.

Literatur und Quellen

Arentz, C., Ulrich, V. (2017): Entwicklung des GKV-Beitragssatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060), http://www.fwiwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_04-17.pdf

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018): Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland, 1871 bis 2016, www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B19-Durchschnittsalter-Bevoelkerung-ab-1871.html;jsessionid=35B85733C4C3BE-45F64EB21573D442DC.1_cid380 (Download am 29. Juni 2018).

Bundesministerium der Finanzen (2018): https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanzen/Tragfaehige_Staatsfinanzen/2016-03-04-vierter-tragfaehigkeitsbericht.pdf?_blob=publicationFile&v=12 (Download am 6. August 2018).

Bundesversicherungsamt (2017): Altersabhängige Kopfschäden der GKV. „GKV_Altersausgabenprofile_1996-2016.xlsx“ Stand 19. Dezember 2017, www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen.html (Download am 29. Juni 2018).

GRV (2017): „Rentenversicherung in Zahlen 2017“. S. 52-53. www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238692/publicationFile/61815/01_rv_in_zahlen_2013.pdf (Download am 29. Juni 2018).

PKV-Verband (1997 bis 2016): PKV Zahlenberichte 1997-2016, www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/ (Download am 29. Juni 2018).

Statistisches Bundesamt (2017): 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2017> (Download am 29. Juni 2018).

Statistisches Bundesamt (2017): Durchschnittliches Erwerbseinkommen. Statistisches Jahrbuch 2017. S. 386; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Statistisches-Jahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.pdf?__blob=publicationFile (Download am 6. August 2018).

