

Standpunkte der PKV

zur Struktur des
Krankenversicherungssystems

'02



PKV

**Verband der privaten
Krankenversicherung**

Standpunkte der PKV
zur Struktur des
Krankenversicherungssystems

‘02

Herausgeber:

Verband der privaten
Krankenversicherung e. V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon 0221/37 66 2-0

Telefax 0221/37 66 2-10

E-Mail: postmaster@pkv.de

<http://www.pkv.de>

Vorwort	7
A Zielvorstellungen der PKV	9
1. So viel Eigenverantwortung wie möglich	9
2. Die Marktmechanismen stärken	10
B Grundlagen von PKV und GKV	12
1. Subsidiaritätsprinzip	12
2. Daseinsberechtigung der PKV, Begründungszwang für die GKV	12
3. Pflichtversicherung und Eigenvorsorge	13
3.1. Solidaritätsprinzip und Äquivalenzprinzip	13
3.2. Typische Unterschiede zwischen GKV und PKV	14
3.3. Hauptmerkmale der PKV	15
3.4. Stärken und Schwächen der PKV	15
C Die Situation nach den Reformen von 1988, 1992 und 2000	16
1. Sozialkomponenten des PKV-Schutzes bei Krankheit und Pflege	16
2. Stabilisierung des in PKV und GKV gegliederten Krankenversicherungssystems	17
3. Veränderungen innerhalb der GKV	17
4. PKV und GKV am Beginn einer neuen Reformstufe	18
D Entwicklungstendenzen	20
1. Das Verhältnis von PKV und GKV	20
1.1. Stärkung der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten bei Leistungen und Beiträgen	20
1.1.1. Neudefinition des Leistungskatalogs und der Selbstbeteiligung in der GKV	20
1.1.2. Private Absicherung bei Leistungsminderungen der GKV	21
1.1.3. Verkauf eigener Zusatzversicherungen durch die Kassen	22
1.1.4. Kooperation von GKV und PKV	23
1.1.5. Grenzen der Wahlleistungs- und Selbstbehalttarife in der GKV	25
1.1.6. Verbreiterung der Bemessungsgrundlage der GKV	26
1.1.7. Neudefinition der beitragsfreien Familienversicherung	27

1.2. Wettbewerb durch Vertragsfreiheit – auch für die PKV	27
1.2.1. Öffnung von Betriebskrankenkassen von Versicherungsunternehmen?	28
1.3. Abgrenzung des Personenkreises PKV-GKV	28
1.3.1. Ordnungspolitische Einordnung der geltenden Grenze	28
1.3.2. Einschränkung des Marktes der PKV?	29
1.3.3. Aufnahme ganzer Personenkreise in die PKV als zukunftsweisende Alternative	32
2. Die künftige Marktposition der PKV	33
2.1. Vom Basis- über den Normal- bis zum Spitzenschutz	33
2.2. Marktentwicklung der PKV in den letzten 25 Jahren	34
2.3. Möglichkeiten der PKV-internen Kostenbegrenzung	34
2.4. Vererbbarkeit von Alterungsrückstellungen	35
3. Demographischer Wandel und Kostenentwicklung im Gesundheitswesen	36
3.1. Bewältigung des demographischen Wandels	37
E Handlungsbedarf in der PKV selbst	38
1. Differenziertes PKV-Tarifangebot	38
2. PKV muss selbst zu leistungsgerechteren Abrechnungen und Preisen beitragen	38
3. Transparente Leistungsinhalte	38
4. Systemgerechte neue Zusatzversicherungen	39
5. Kooperation mit den gesetzlichen Kassen	39
6. Europäische Zusammenarbeit	40
F Vorschläge für die Gesetzgebung	41
1. Vorschläge für die Gesetzgebung zur PKV	41
1.1. Beitragsentlastung im Alter	41
1.2. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	43
1.3. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	47
1.4. Krankenhausrecht	48
1.5. Arzneimittel	50
1.6. PKV und europäischer Binnenmarkt	51



2. Vorschläge für die Gesetzgebung zur GKV	53
2.1. Leistungsgestaltung der GKV	53
2.2. Sachleistung/Kostenerstattung	54
2.3. Berufsfreiheit der Ärzte	54
2.4. Beitragsbemessung (Verteilungsgerechtigkeit) in der GKV	55
2.5. Familienversicherung	56
2.6. Ehegatten ohne Familienversicherungsanspruch	57
2.7. Von der Versicherungspflichtgrenze zur Berechtigungsgrenze (oder die Problematik des Rechtes auf freiwillige Versicherung)	57
2.8. Demographische Zukunftsvorsorge in der GKV	58
2.9. Zuschuss für befreite landwirtschaftliche Altenteiler	60
G Resümee	61

Das hier vorgelegte Positionspapier der Privaten Krankenversicherung (PKV) schließt an die „Standpunkte der PKV zur Struktur des Krankenversicherungssystems 1997“ an, die ihrerseits wiederum auf den „Standpunkten“ von 1987 aufbauten. Von den damals gemachten Aussagen müssen aus heutiger Sicht keine grundsätzlichen Abstriche gemacht werden. Sie sind aber zum Teil durch die Praxis, vor allem die Umsetzung in der Gesetzgebung, überholt und deshalb aktualisiert und um Positionen zu neueren Entwicklungen erweitert worden. Das Papier geht aus von der marktwirtschaftlichen Orientierung der PKV (Kapitel A) und ihren ordnungspolitischen Grundlagen (Kapitel B). In der Diagnose der heutigen Situation (Kapitel C) wird auf die zwischenzeitlichen Veränderungen, vor allem auf die neuen Lösungen der PKV, ihre gestärkte soziale Funktion, die Diskussion um die Abgrenzung von GKV und PKV, die demographische Entwicklung sowie die Überlegungen zur Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingegangen. Darauf aufbauend werden im Kapitel D die derzeit wahrnehmbaren Entwicklungstendenzen in nationaler und europäischer Perspektive angesprochen. Es folgt eine Bewertung aus der Sicht der PKV. Die Kapitel E und F behandeln die von der PKV selbst noch zu erledigenden Hausaufgaben und die Vorschläge des PKV-Verbandes für den Gesetzgeber. Dass die PKV dabei auch der gesetzli-

chen Krankenversicherung große Aufmerksamkeit schenkt, liegt auf der Hand. Schließlich steht die weitere Entwicklung der PKV in einer unauflösliehen Wechselbeziehung zu der der GKV. Das birgt Gefahren in sich, trägt aber auch dazu bei, dass unserem gegliederten Krankenversicherungssystem jene Dynamik erhalten bleibt, die sie den vergleichsweise statischen Ordnungen des Gesundheitswesens in anderen Ländern voraus hat.

1. So viel Eigenverantwortung wie möglich

Die Entwicklung der Krankheitskosten hat das Krankenversicherungssystem in unserem Lande in die Kritik geführt. Von 1983 bis 2000 erhöhten sich die Gesundheitsausgaben pro Versicherten in der GKV (alte Länder) um 120,0 Prozent und in der PKV um 135,9 Prozent. Dieser Anstieg lag deutlich höher als der der Lebenshaltungskosten (plus 42,6 Prozent in den alten Ländern). Die Kostenentwicklung in der GKV ist zudem geprägt von wiederholten Leistungskürzungen durch den Gesetzgeber. Die PKV hat mit den daraus resultierenden Kompensationsbemühungen der Leistungserbringer zu Lasten des privaten Sektors zu kämpfen. Die Politik sah sich zu immer neuen Eingriffen in die GKV veranlasst, um die von der Selbstverwaltung allein nicht bewältigte Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Die PKV war darauf angewiesen, vor allem mit dem Instrumentarium der freien Vertragsgestaltung Einfluss zu nehmen. Auch sie kann aber angesichts der Tatsache, dass rund 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert sind, auf Anforderungen an den Staat zur Verbesserung der Rahmenbedingungen nicht verzichten. Dies ist systemgerecht in einer sozialen Marktwirtschaft, in der ein starker Markt und ein starker Staat in einem engen Sinnzusammenhang stehen. Dabei geht es nicht so sehr um isolierte

Lösungen für die PKV als um Vorgaben für das gesamte Gesundheitssystem. Es kommt darauf an, dass die Kräfte der Eigenverantwortung stärker zum Tragen gebracht werden. Hier liegen Steuerungsreserven, die die Reformen der letzten Jahre nicht hinreichend berücksichtigt haben.

In diesem Papier ist im Einzelnen dargestellt, welche Verbesserungsmöglichkeiten die PKV sieht. Es geht darum, das aus der grundlegenden Bismarckschen Sozialgesetzgebung gewachsene System, gegliedert in GKV und PKV, fortzuentwickeln, seine Schwachstellen abzubauen und neue Impulse zu geben. Sicher ist es geboten, völlig neue Lösungsansätze nicht zu tabuisieren, etwa die Ersetzung des Arbeitgeberbeitrags durch einen „Gesundheitslohn“, verbunden mit der Einführung nominaler Beitragselemente auch in der GKV, oder die steuerliche Begünstigung einer umfangreicheren Selbstfinanzierung der Gesundheitskosten oder ein System der Vereinheitlichung von GKV und PKV. Richtig ist aber auch, dass jede Systemänderung unübersehbare Prozesse und Reformkosten auslöst, von den Unwägbarkeiten der gesellschaftlichen Akzeptanz ganz abgesehen. So weitgehend auch manche der hier vorgelegten Vorschläge der PKV zur Stärkung der Eigenverantwortung sein mögen, insbesondere im Zusammenhang mit der Eigenbeteiligung und Kostenerstattung, system-

sprengenden Charakter haben sie nicht. Darauf ist ebenso geachtet worden wie kritisch angemerkt wurde, wo solche Tendenzen in anderen Konzepten gesehen werden.

Im Einzelnen wird dargelegt, dass und warum die PKV an der seit 30 Jahren geltenden Friedensgrenze zwischen GKV und PKV festhält, auch wenn die Frage aufgeworfen wird, ob bei dem erreichten Wohlstand wirklich fast 75 Prozent der Bevölkerung pflichtversichert sein müssen und ob es mit der Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der GKV vereinbar ist, dass trotz beachtlicher Vermögensbildung und Teilzeitarbeit nach wie vor allein das Arbeitseinkommen Bemessungsgrundlage ist. Hinterfragt wird zudem, ob auch die die Ehepartner umfassende kollektive Familienversicherung in ihrer heutigen Ausgestaltung noch zeitgemäß ist. In Verfechtung des Versicherungsprinzips wird für die Verminderung des ohnehin geringen Staatsfinanzierungsanteils am System eingetreten und Tendenzen zu dessen Ausweitung widersprochen.

Ein weiteres Thema ist dies: Zur Eigenverantwortung jeder Generation gehört es, die Lasten soweit wie möglich selbst zu tragen und nicht auf künftige Generationen zu überwälzen. Deshalb sollten auch in die GKV finanzielle Vorsorgeelemente eingebaut werden. Sie sind aber hier anders als in der PKV nur in kollektiver Form sinnvoll. Generell

muss der Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten erhöht werden. Die PKV selbst ist aufgefordert, bei ihren Versicherten für eine noch weitergehende Eigenfinanzierung der Gesundheitskosten einzutreten und noch umfassendere Selbstbehalttarife anzubieten. Dies ist auch eine der Bedingungen für ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein. Dazu sollten die Kostenträger einschließlich der PKV durch Nutzung ihrer spezifischen Informationswege flankierend das Ihre beitragen.

2. Die Marktmechanismen stärken

Die PKV kann sich nicht darauf beschränken, die Last der Preisbestimmung und -durchsetzung im Verhältnis zu den Leistungserbringern allein den Patienten zu überlassen. Dies würde den Besonderheiten des Gesundheitsmarktes nicht gerecht werden. In diesem Papier wird deshalb auch dargelegt, welchen marktwirtschaftlichen Herausforderungen die PKV sich gegenüber sieht. Sie tritt für eine differenziertere und den unterschiedlichen Wünschen der Patienten gerechter werdende Gestaltung des Gebührenrechts ein und sieht sich in der Verantwortung, bei der Vertretung der Interessen ihrer Versicherten neue Wege zu beschreiten, einschließlich des Abschlusses von Preisvereinbarungen.

Um die wettbewerbliche Position der PKV im Markt zu verbessern, bedarf es einer transparenteren Darstellung der Vorzüge des Anwartschaftsdeckungsprinzips, dessen positive Effekte im Schatten der zu hohen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen allzu leicht übersehen werden. Dass es im deutschen Krankenversicherungsmarkt alternativ zum Umlageverfahren der Sozialversicherung angeboten wird, ist einer der wesentlichen Vorzüge des gegliederten Systems. Es geht dabei nicht nur um die Bewältigung der immer wichtiger werdenden demographischen Probleme, sondern auch um einen marktgerechten Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenversicherungen. Im Papier wird dargelegt, dass und warum der Verbleib der Alterungsrückstellungen bei der Versichertengemeinschaft die vom guten Risiko verlassen wird, marktgerechter ist als ein gesetzlich übergestülpter Ausgleich, wie ihn die GKV kennt.

Mehr Marktelemente können auch für die gesetzlichen Krankenkassen in Betracht kommen, allerdings nur insoweit, als dies nicht zur Verletzung des Solidarauftrags führt, unter dem die GKV angetreten ist. Umgekehrt hat aber auch die PKV ein spezifisches Schutzbedürfnis der sozial Schwächeren unter ihren eigenen Versicherten zu beachten und ihnen als lebenslange Sicherungseinrichtung ein Auffangnetz zu bieten.

Auch auf diese Fragen wird eingegangen werden.

1. Subsidiaritätsprinzip

Der Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung wird durch das „gegliederte Krankenversicherungssystem“ gewährleistet. Seine Träger sind die GKV, die ihrerseits in verschiedene Kassenarten aufgeteilt ist, und die PKV. Die Grenzziehung zwischen GKV und PKV folgt dem Subsidiaritätsprinzip. Der einzelne Bürger hat für das Krankheitskostenrisiko zunächst über den Weg der Eigenvorsorge aufzukommen; erst dann, wenn er überfordert ist, ist der Staat aufgerufen, sozialgestaltend tätig zu werden. Diese Prioritätenfolge ist im Grundgesetz angelegt, im Grundrecht jedes Einzelnen auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und im Sozialstaatsprinzip. Aus dem Rechtsstaatsprinzip, das der persönlichen Freiheit und Entfaltungsmöglichkeit des Einzelnen den höchsten Stellenwert einräumt, folgt, dass die Einschränkung der Freiheit nur aus übergeordneten Gründen erfolgen darf und auf den notwendigen Umfang beschränkt bleiben muss. Leider ist die Abgrenzung zwischen den sozial Schutzbedürftigen und den übrigen Personenkreisen im geltenden Recht nicht konsequent getroffen, sind die Schutzbedürftigkeitskriterien überdehnt worden. Die „richtige“ Grenzziehung wird immer umstritten sein. Deren Verbesserungsfähigkeit berechtigt aber nicht zu der Schlussfolgerung, sie sei als solche falsch und sinnlos.

2. Daseinsberechtigung der PKV, Begründungszwang für die GKV

Die Daseinsberechtigung der PKV ist daher originär gegeben, ebenso wie die des privaten Sektors im Gesundheitswesen schlechthin. Sie muss sich diese nicht erst durch bestimmte Leistungen und Preise oder durch einen besonderen Status ihrer Versicherten erwerben. Die Unternehmen der PKV stehen im Gegensatz zu den Kassen auch unter dem Schutz der Grundrechte.¹ Ob sie von den Versicherten als Vorsorgeträger angenommen werden, entscheidet sich am Markt. Die GKV steht hingegen existentiell als subsidiäre staatliche Schutzeinrichtung im ordnungspolitischen Begründungszwang, unterliegt aber in ihrer Gesamtheit als Pflichtversicherung hinsichtlich des Neuzugangs keinem vergleichbaren Wettbewerbsmarkt.

¹ Vgl. Isensee, Josef: „Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung“. PKV-Dokumentation 6, Köln 1980, S. 10.

3. Pflichtversicherung und Eigenvorsorge

3.1. Solidaritätsprinzip und Äquivalenzprinzip

Die konkrete Ausgestaltung und Funktionsweise von PKV und GKV entsprechen den zugrunde liegenden Ordnungsprinzipien. Für die PKV ist die Eigenvorsorge auf der Basis des Äquivalenzprinzips maßgebend. Es werden risikogerechte Beiträge in Abhängigkeit vom Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand beim Versicherungsabschluss sowie vom gewünschten Umfang und Niveau des Versicherungsschutzes erhoben. Die GKV wird dagegen aufgrund ihres sozialen Bezuges vom Solidarprinzip beherrscht, nach dem die Beiträge grundsätzlich bis zur Beitragsbemessungsgrenze in Abhängigkeit vom Arbeitsentgelt und bei freiwilligen Mitgliedern von der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ohne Berücksichtigung von Risikofaktoren bemessen werden. Die Leistungen sind dagegen bis auf das Krankengeld für alle Mitglieder gleich.

3.2. Typische Unterschiede zwischen GKV und PKV²

GKV	PKV
Einkommensbezogener Beitrag nach dem Umlageverfahren ³	Wagnisgerechter Beitrag nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren ⁴
Pflichtversicherung	Freiwillige Versicherung
Soziale Privilegien (Steuerfreiheit, Preisvorteile bei Ärzten, Zahnärzten und Arzneimitteln, Verlagerung von Verwaltungskosten auf Dritte, Beitragseinzug durch den Arbeitgeber usw.)	Keine sozialen Privilegien (Steuerpflicht vom Einkommen, vom Ertrag, Marktpreise, Beitragseinzug durch das PKV-Unternehmen)
Gesetzliche Vorgabe eines einheitlichen Leistungskatalogs	Vertragliche Vereinbarung des Leistungsumfangs
Familienbeitrag	Individualbeiträge
Annahmewang	Vertragsfreiheit und Wettbewerb
Preisvereinbarungen mit den Leistungserbringern	Freie Preisgestaltung/Staatliche Gebührenordnungen
Sachleistung	Kostenerstattung
Obligatorische Zuzahlung	Individuelle Selbstbeteiligung Beitragsrückerstattung

2 Eine ähnliche Gegenüberstellung befindet sich bei Töns, Hans: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“. PKV-Dokumentation 9, Köln 1983, S. 63 und 87.

3 Umlageverfahren bedeutet, dass der durch die Leistungsaufwendungen entstehende Finanzbedarf nur in engem zeitlichen Zusammenhang mit seinem Entstehen aus Beiträgen gedeckt wird. Die Rücklage eines GKV-Trägers darf höchstens eine Monatsausgabe betragen (§ 261 Abs. 2 SGB V).

4 Bei der Berechnung der Beiträge wird in der PKV nicht nur berücksichtigt, dass die Leistungsaufwendungen und Verwaltungskosten gedeckt werden. Darüber hinaus wird ein Teil der Beträge darauf verwandt, eine Rückstellung zur Deckung des mit zunehmendem Alter der Versicherten wachsenden Risikos zu bilden.

3.3. Hauptmerkmale der PKV

Für die PKV ist die Flexibilität durch ihre Marktorientierung vorgegeben. Sie kann deshalb nicht einfach auf eine Gegenrolle zur GKV reduziert werden. Historisch betrachtet hat die PKV auch schon alle aufgeführten GKV-Elemente praktiziert, die soziale Privilegierung ausgenommen. Letztere liegt ausschließlich in der Hand des Sozialgesetzgebers und ist deshalb zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen GKV und PKV. Als PKV-typisch hat sich zudem im Laufe der Zeit der dem Prinzip der Eigenvorsorge entsprechende risikogerechte individuelle Beitrag in Verbindung mit dem Anwartschaftsdeckungsprinzip herausgebildet. Auf Modifizierungen des PKV-Systems an Stellen, wo dies im Sinne der Beitragsentwicklung geboten ist, muss deshalb aber nicht verzichtet werden und ist auch nicht verzichtet worden, wie die private Pflegepflichtversicherung zeigt. Die existentiell durch ihren sozialen Auftrag begründete GKV ist dagegen an die meisten der für sie typischen Vorgaben im oberen Teil der vorstehenden Liste gebunden. Die im unteren Teil der Liste genannten Merkmale sind insoweit aber nicht zwingend und können teilweise sogar durch PKV-Elemente ersetzt oder ergänzt werden, ohne dass die GKV ihren Sozialversicherungscharakter verlieren würde.

3.4. Stärken und Schwächen von PKV und GKV

Der PKV-Schutz hat den Vorzug der Flexibilität und der individuellen Bedarfsgerechtigkeit, des Vertrauensschutzes („pacta sunt servanda“) und der stärkeren Sicherheit gegenüber demographischen Veränderungen (Anwartschaftsdeckungsprinzip), ohne der sozialen Abfederung zu entbehren. Er ist aber gegen ausgeprägte inflationäre Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht weniger empfindlich als die GKV. Die Vorzüge der GKV liegen demgegenüber vor allem in der Gewährleistung eines sozial angelegten Beitrags, sofern das ihm zugrunde liegende (Arbeits-) Einkommen ein echtes Spiegelbild der individuellen sozialen Stärke ist. Der GKV-Schutz kann jedoch durch gesetzgeberische Eingriffe geändert werden und bietet keinerlei Vorsorge für die bedrohliche demographische Entwicklung. Gesamtgesellschaftlich hat auch die PKV eine soziale Wirkungskraft. Sie entbehrt aber auch im Einzelfall nicht der sozialen Lösungsmöglichkeiten.

1. Sozialkomponenten des PKV-Schutzes bei Krankheit und Pflege

Unbeschadet ihrer Marktorientierung unterliegt die PKV im Interesse des Verbraucherschutzes seit jeher erheblichen Regulierungen durch die Versicherungsaufsicht. Deren Lockerung durch die zum 1. Juli 1994 in Kraft getretene Liberalisierung des Europäischen Versicherungsmarktes hat nicht zu einer Qualitätseinbuße für die Privatversicherung geführt. Dafür sorgen nicht nur das geänderte Versicherungsaufsichts- und Versicherungsvertragsgesetz, sondern auch die von der PKV selbst initiierte erstmalige Verankerung von Qualitätsanforderungen an die PKV im Sozialrecht. In § 257 Abs. 2 a SGB V ist der den privatversicherten Arbeitnehmern zustehende Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsschutz von fünf Bedingungen abhängig gemacht worden. So wurde die PKV erstmals gesetzlich auf die durch Vorgabe der Aufsicht bereits praktizierte Bildung von Alterungsrückstellungen festgelegt. Parallel dazu wurde die PKV zur Einführung eines verbandseinheitlichen Standardtarifs verpflichtet, dessen Beiträge nicht über den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV hinausgehen dürfen. Der Standardtarif ist auch den Beamten und deren bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen als sog. beihilfekonformer Tarif zugänglich. Für Ehegatten, die beide im Standardtarif versichert sind und ein

Gesamteinkommen haben, das unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze (derzeit 40.500 Euro) liegt, gilt die besondere Regelung, dass ihr gesamter Beitrag auf 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV reduziert wird. Im beihilfekonformen Standardtarif findet sich eine entsprechende anteilige Regelung. Die überschießenden (fehlenden) Beträge müssen zu Lasten der Beiträge der jüngeren Versicherten unternehmensübergreifend ausgeglichen werden.

In eine ähnliche Richtung wie der Standardtarif geht die der PKV übertragene Pflegepflichtversicherung. Dort ist der Ausgleich noch umfassender angelegt; am Anwartschaftsdeckungsprinzip wird aber dennoch festgehalten, wenngleich der benötigte Beitrag dann, wenn er über die Beitragsobergrenze hinausgeht, nicht mehr individuell, sondern von den übrigen Versicherten finanziert wird.

Die kalkulatorischen Möglichkeiten der PKV sind um diese gesetzlichen Regelungen ergänzt worden, um den Auswirkungen inflationärer Tendenzen im Gesundheitswesen und der betragsmäßigen Überforderung im Einzelfall wirkungsvoller begegnen zu können. Der Charakter der PKV als marktorientierter Versicherung ist durch dieses Mehr an Flexibilität nicht geändert oder in Frage gestellt, sondern im Gegenteil verstärkt worden. Gleichzeitig ist damit

vom Gesetzgeber auch die Rolle der PKV als integraler Bestandteil des gegliederten Krankenversicherungssystems anerkannt und gesetzlich festgeschrieben worden.

2. Stabilisierung des in PKV und GKV gegliederten Krankenversicherungssystems

Durch die Gesundheits-Reformgesetze von 1988 bis 2000 hat der Gesetzgeber das in PKV und GKV gegliederte Krankenversicherungssystem stabilisiert. Dies geschah vor allem durch:

- die Ausdehnung der von der sozialliberalen Koalition 1971 eingeführten „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV auf alle Arbeitnehmer (also auch die Arbeiter) und die Verweisung der – unter dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit und des Bedarfs typischerweise nicht der GKV verbundenen – Beamten und Selbständigen auf die PKV,
- die Abschaffung der seit 1968 bestehenden Möglichkeit bzw. Pflicht der Privatversicherten, bei Eintreten des Rentenanspruchs Mitglied der Krankenversicherung der Rentner zu werden,
- die generelle Schließung der GKV für privatversicherte Personen, die 55 Jahre und älter sind.

3. Veränderungen innerhalb der GKV

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist die ursprüngliche berufliche und regionale Gliederung der gesetzlichen Krankenkassen aufgehoben worden. Die Kassenmitglieder können seit 1996 zwischen den verschiedenen Kassenarten und zum Teil sogar zwischen den Kassen derselben Kassenart wählen (§ 173 SGB V). Diese Wahlfreiheit innerhalb der GKV machte aber einen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich nötig, bei dem zur Verminderung von Risikodifferenzen und sich daraus ergebenden Beitragsatzunterschieden Gelder in Milliardenhöhe zwischen den einzelnen Krankenkassen transferiert werden. Bei einheitlichem Leistungsangebot der Krankenkassen müsste ein Risikostrukturausgleich, der alle Risikofaktoren der Kassen untereinander ausgleicht, zu einer Nivellierung der Beitragssätze führen. Die Wahlmöglichkeit der Versicherten würde dadurch sinnentleert. Der Risikostrukturausgleich ist deshalb bisher noch auf die Risikofaktoren Alter, Familie, Geschlecht und Grundlohn begrenzt, wobei die Diskussion um die Einbeziehung weiterer Risikofaktoren voranschreitet. Insbesondere soll ein Morbiditätsausgleich in der GKV eingeführt werden.

Mit der Einführung der Wahlfreiheit ist der „Wettbewerb“ zwischen den Kran-

kenkassen zu einem neuen ordnungspolitischen Faktor geworden, wenngleich dieser Wettbewerb in erster Linie als Rivalität zu verstehen ist. Denn die Möglichkeiten, dauerhaft unternehmerische Erfolge gegenüber den Mitbewerbern zu erzielen, sind außer durch den Risikostrukturausgleich auch durch den Kontrahierungszwang im Kern beeinträchtigt. Auch die Frage, ob und in welchem Umfang Wettbewerb überhaupt mit dem Solidarprinzip der GKV vereinbar ist, wurde nicht abschließend beantwortet. Die bisherigen Erfahrungen mit der Wahlfreiheit haben zu problematischen Erscheinungen geführt. So ist es bedenklich, wenn sich angesichts der Pflichtleistungen die Wettbewerbsbemühungen insbesondere auf günstige Risiken ausrichten und die Kassen auf der anderen Seite einen kostentreibenden Leistungswettbewerb und Werbefeldzüge in Gang setzen. Zwar ist die PKV von Veränderungen innerhalb der GKV, die zu einer Intensivierung des Wettbewerbs führen, nicht unmittelbar betroffen. Sobald mit solchen ordnungspolitischen Weichenstellungen aber die Grundlagen des Solidarprinzips in Zweifel gezogen werden, hat dies Auswirkungen auf die Trennlinie zwischen GKV und PKV.

4. PKV und GKV am Beginn einer neuen Reformstufe

Die anhaltende Diskussion um die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens und damit einhergehende Reformbestrebungen sind ein Dauerthema der Gesundheitspolitik. Es stellt sich die Frage, ob die in der Vergangenheit vollzogenen Reformschritte die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems sicherstellen, zumal angesichts der Zielsetzung, ein hohes medizinisches Versorgungsniveau zu vertretbaren Kosten zu gewährleisten. Die Alterung der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt werden zu weiteren Ausgabenanstiegen führen.

Die begrenzte Leistungsfähigkeit der Versicherten und die begrenzte Belastbarkeit mit Lohnnebenkosten erfordern eine Dämpfung des Kostenanstiegs, und zwar ohne Abkoppelung vom medizinisch-technischen Fortschritt. Den Krankenversicherern kommt dabei eine besondere Rolle zu: Sie tragen Verantwortung für die Qualität und die Effizienz der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten. Qualitäts- und Kostensteuerung im Sinne der Versicherten setzen ein hohes Maß an Transparenz voraus. Tatsächlich werden dem deutschen Gesundheitssystem jedoch Intransparenz, Fehlanreize und Organisationsmängel bescheinigt, die notwendigerweise zu Ineffizienzen führen.⁵ Mit der Beseitigung dieser Mängel ließen

sich nach Ansicht der Fachwelt erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren.⁶

Beitragsstabilität setzt ein zukunftsfähiges Finanzierungsverfahren voraus. Dies gilt sowohl für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch für die Private Krankenversicherung (PKV); sie gehen wegen der ihnen zugrunde liegenden Ordnungsprinzipien – Solidarprinzip auf der einen Seite und Äquivalenzprinzip auf der anderen Seite – allerdings von einer unterschiedlichen Basis aus. Die umlagefinanzierte GKV wird vor allem durch die zu erwartenden einkommen- und ausgabenseitigen Effekte des demographischen Wandels Probleme bekommen. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen prognostizieren einen deutlichen Anstieg der Beitragssätze.⁷ Die PKV ist durch ihr

Kalkulationsprinzip nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren vor demographischen Änderungen besser geschützt.

5 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: „Jahresgutachten 2000/2001“, Kapitel V: Gesundheitspolitik. RD 472 ff.

6 Vgl. z.B. Henke, K.-D.: „Steuerung des Gesundheitswesens“. Unveröffentlichtes Manuskript.

7 Vgl. zuletzt Hof, B.: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“. PKV-Dokumentation 24, Köln 2001. Siehe hierzu auch Cassel, D.: „Schriftliche Stellungnahme zum Reformbedarf des Gesundheitswesens anlässlich der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des deutschen Bundestages am 22. Januar 2001 in Berlin“.

1. Das Verhältnis von PKV und GKV

In der gesundheitspolitischen Diskussion geht es in erster Linie darum, zu einer Reform zu kommen, die die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen stabilisiert. Ebenso wie die Ausdehnung der GKV auf den privaten Sektor ist die Idee abzulehnen, die heutige GKV unter Aufgabe des Solidaritätsprinzips und der damit verformenden Steuerungsmöglichkeiten in privatrechtliche Organisationsformen zu überführen und ihr das Kalkulationsprinzip der PKV einschließlich des Anwartschaftsdeckungssystems zugrunde zu legen, zur sozialen Abfederung zudem weitgehend staatsfinanziert. Aus der Überzeugung heraus, dass sich das am Subsidiaritätsprinzip orientierte gegliederte System am ehesten als zukunftsfähig erweisen wird, gibt die PKV systemkonformen Reformzielen den Vorrang.

1.1. Stärkung der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten bei Leistungen und Beiträgen

Die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten gewinnt im Gesundheitswesen an Bedeutung. Sie ist auch im GKV-System, in dem das Sachleistungsprinzip gilt, begrenzt möglich. So können z.B. gezielt einzelne Schwächen des Sachleistungsprinzips,

wie die mangelnde Transparenz der Kosten und Leistungen für die Patienten, reduziert werden.

Richtig ist auch, den weithin seit längerem als überzogen empfundenen Schutzzumfang der Sozialversicherung einzuschränken. Dabei ist an den Ausbau der Selbstbeteiligungen ebenso zu denken wie an Leistungsbegrenzungen. Eine Gesamtausgliederung empfiehlt sich für den Zahnersatz, wie dies für die nachwachsende Generation in der letzten Legislaturperiode schon geltendes Recht war. Es muss aber im Auge behalten werden, dass kompensatorische Privatarife den Kassen nicht möglich sind.

Die dritte Entwicklungslinie gibt es bei den Beiträgen. Auch hier sind sozialgerechte(re) Lösungen geboten.

1.1.1. Neudefinition des Leistungskatalogs und der Selbstbeteiligung in der GKV

Durch gesundheitspolitische Reformen veranlasste Leistungskürzungen in der GKV sind ein oft geübtes Verfahren, um eine Stabilisierung auf der Beitragsseite zu erreichen. Im Unterschied zur PKV, in der nachträgliche Leistungskürzungen durch den Versicherer nicht möglich sind, ist der Leistungskatalog in der GKV vor allem durch die Politik definiert und demzufolge auch jederzeit per Gesetz neu gestaltbar.

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, den Schutzzumfang der Sozialversicherung einzuschränken.

Anknüpfungspunkt sind die versicherungsfremden Leistungen. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die nicht dem Versicherungsprinzip entsprechen – folgerichtig auch nicht im Versicherungsschutz der PKV enthalten sind – und insofern besser aus dem allgemeinen Staatshaushalt zu finanzieren wären. Beispiele dafür sind z.B. Mutterschaftsleistungen, hauswirtschaftliche Versorgung. Nach einer Zusammenstellung von Beske war die GKV 1997 mit Fremdleistungen im Umfang von 2,3 Mrd. Euro belastet.⁸

Darüber hinaus sind weitere Kürzungsmöglichkeiten oder Zuzahlungserhöhungen denkbar, ohne den Kernbestand des medizinisch Notwendigen zu gefährden.⁹ So bietet sich eine Neugestaltung der Arzneimittelzuzahlung an, die stärker steuernde Wirkung gegenüber der heutigen Zuzahlungsform hat. Unter der Zielsetzung der gesundheitsökonomischen Steuerung ist es auch nicht nachvollziehbar, dass der Arztbesuch bisher von jeder Zuzahlung freigestellt ist. Ein erster Schritt in die-

se Richtung könnte eine Selbstbeteiligung beim Facharztbesuch ohne vorausgegangene Hausarztkonsultation sein.

Eine Leistungsreduzierung in der GKV kann unter unterschiedlichen Zielsetzungen erfolgen:

- Überführung in die Eigenverantwortung in der Erwartung, dass die Leistung aus der eigenen Tasche bezahlt werden soll.
- Überführung in die Eigenverantwortung mit privater Versicherungsmöglichkeit.

1.1.2. Private Absicherung bei Leistungsminderungen der GKV

Der private Versicherungsschutz für Leistungsreduzierungen der GKV hat grundsätzliche Vorteile gegenüber dem Sozialschutz:

- Der Privatschutz führt zur Entlastung der Pflichtbeiträge und wirkt sich insoweit positiv auf die Lohnnebenkosten aus. Allerdings muss der private Versicherungsschutz dann ohne Arbeitgeberzuschuss vom Versicherten bezahlt werden.
- Der Umfang des privaten Versicherungsschutzes kann individuell gewählt werden.

8 Vgl. Beske, Fritz: „Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung“. Berlin 2001, S. 107.

9 Vgl. ebd. S. 115 ff.

Leistungskürzungen der GKV können durch den Privatschutz substituiert werden. Wenn es um risikobehaftete subjektiv determinierte Leistungen geht, beispielsweise im Kurbereich, bieten sich Paketlösungen an, die ausgleichend auch anderweitige Leistungen beinhalten.

Der Hartmannbund hat vorgeschlagen, das Krankengeld aus der GKV herauszunehmen.¹⁰ Wenn die Politik sich hierfür entscheiden sollte, stünde die PKV für ein flächendeckendes Krankentagegeldangebot zur Verfügung.

Ähnliche Lösungen sind auch im Bereich der privaten Unfallabsicherung vorstellbar. Während Berufsunfälle bisher zu 100 Prozent vom Arbeitgeber abgesichert werden, sind die Krankheitskosten privater Unfälle in die hälftige Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Finanzierung einbezogen, da sie von der GKV (bzw. bei PKV-Versicherten von der PKV) übernommen werden. Wenn sich die Politik zur Herausnahme der Unfälle aus dem GKV- und PKV-Schutz entschließen sollte, würde das Risiko in die private Verantwortung überführt werden können.

Eine besondere Situation ist beim Zahnersatz gegeben. Da bei umfassender Prophylaxe der Bedarf an Zahner-

satz geringer wird oder sogar ganz entfällt und zudem beim Umfang des Zahnersatzes auch konsumptive Aspekte wirksam sind, ist der Zahnersatz keine Leistung, die im Katalog der GKV enthalten sein sollte. Die Herausnahme des Zahnersatzes für alle nach 1978 Geborenen in der letzten Legislaturperiode und die sich daran anschließende hohe Bereitschaft, dieses Risiko privat abzusichern, haben bereits gezeigt, dass die Umsetzung reibungslos funktionieren würde. Die PKV hatte sich auf Wunsch der Politik einer vorübergehenden Annahmeverpflichtung unterworfen und auf Risikoprüfungen verzichtet. Die Wiederhereinnahme des Zahnersatzes in den Leistungskatalog der GKV in dieser Legislaturperiode war auch deshalb eine falsche Entscheidung, weil schon aus Gründen der Beitragsstabilität in der GKV kein Raum für Leistungsausweitungen besteht.

1.1.3. Verkauf eigener Zusatzversicherungen durch die Kassen

Bei jeder gesetzlich veranlassten Leistungsausgrenzung der GKV stellt sich die Frage, von wem etwaige Zusatzversicherungen angeboten werden sollen. Die GKV scheidet als Anbieter aus, weil

- Quersubventionen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen nicht zu vermeiden sind,

¹⁰ Vgl. Dienst für Gesellschaftspolitik Nr. 7/2001.

- es ordnungspolitisch mit dem Aufgabenverständnis einer staatsnahen Organisation nicht vereinbar ist, wenn sie in Konkurrenz zu privaten Anbietern tätig wird,
- das Adressmonopol der GKV einen im Wettbewerb zur PKV nicht gerechtfertigten Wettbewerbsvorsprung gibt,
- dem europarechtliche Gesichtspunkte, nach denen die strikte Einhaltung des Solidarprinzips Voraussetzung für die Sonderstellung der GKV ist, entgegenstehen.

Gegen die Privatversicherungsaktivitäten der Kassen in Form von Zusatzversicherungen spricht auch, dass es mit ihrem Sozialauftrag nicht in Einklang zu bringen wäre, wenn sie älteren Versicherten individuelle hohe Preise abverlangen und schlechte Risiken ablehnen müssten – und das, obwohl die Zusatzbeiträge von den Versicherten allein aufzubringen wären. Ein Annahmezwang der Kassen müsste ausscheiden, da er bei einem im Wettbewerb zur PKV betriebenen Zusatzangebot ökonomisch nicht durchzuhalten wäre.¹¹

Für die PKV wäre es nicht hinnehmbar, wenn die Kassen ihre öffentlich-rechtliche Autorität und ihre Privilegien für Privatversicherungsgeschäfte nutzen könnten. Verfassungsrechtlich stellte sich dies für die private Krankenversicherung als Eingriff in ihre Berufsfreiheit dar.¹²

1.1.4. Kooperation von GKV und PKV

Die Frage ist, ob sich zur Bedienung der Kassenmitglieder der Verkauf von PKV-Produkten über die Kassenschalter empfiehlt und ob die Kassen gesetzlich zu einer Kooperation mit der PKV hinsichtlich bestimmter Angebote, vor allem zur Ausfüllung von Leistungslücken, ermächtigt werden sollten.

Ein Weg der Kooperation könnte die vertragliche Zusammenarbeit einzelner Krankenkassen mit einzelnen PKV-Unternehmen sein. Er ist aber nicht gangbar. In diesem Falle würde nämlich der Vertriebsweg eines bestimmten privaten Produkts in Ausnutzung des Sozialversicherungsmonopols begünstigt werden. Diese Wettbewerbsbeschränkung wäre durch eine entsprechende gesetzliche Bevollmächtigung der Kas-

¹¹ Vgl. Töns, Hans: „Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung“. PKV-Dokumentation 9, Köln 1983, S. 62.

¹² Vgl. Papier, Hans-Jürgen: „Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV“. PKV-Dokumentation 16, Köln 1992, S. 7 ff.

sen nur auf nationaler Ebene heilbar, nicht aber hinsichtlich ihrer europäischen Dimension.

Eine unbedenkliche Option besteht darin, dass PKV und GKV im Sinne der optimalen Kundeninformation zusammenarbeiten. Dafür gibt es ein Vorbild in der Auslandsreisekrankenversicherung. Über Jahre hin hatte der AOK-Bundesverband in Zusammenarbeit mit dem PKV-Verband und von diesem finanziert ein Merkblatt mit umfassenden Informationen über das entsprechende Tarifangebot aufgelegt und den Ortskrankenkassen zur Kundeninformation zur Verfügung gestellt. Es nannte alle PKV-Unternehmen, die derartige Tarife führen. Die Versicherten konnten sich ohne Druck frei entscheiden.

Ein weiteres Beispiel ist die Zahnergänzungsversicherung, die für alle nach dem 31. Dezember 1978 Geborenen notwendig wurde, nachdem der Gesetzgeber durch das Beitragsentlastungsgesetz von 1998 den Zahnersatz für diesen Personenkreis grundsätzlich aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen hatte. Der PKV-Verband stellte hierfür Unterlagen zur Verfügung, die auch über die Kassenschalter verteilt werden konnten. Er listete alle Unternehmen auf, die einen entsprechenden Tarif anboten. Diese verpflichteten sich, die betroffenen GKV-Versicherten bis zum 31.12.1997 bzw. innerhalb einer Frist von einem Jahr

nach Beginn einer GKV-Versicherung ohne zusätzliche Risikoprüfung für einen Schutzzumfang von 50 bis 60 Prozent aufzunehmen.

Diese Formen der Zusammenarbeit könnten bei weiteren Leistungseinschränkungen der Kassen folgendermaßen ausgebaut werden: Einzelne Kassen oder ihre Verbände wenden sich an den PKV-Verband mit dem Wunsch nach Zusatzversicherungen für bestimmte Leistungen. Der Verband leitet das gewünschte Leistungspaket als Grundlage für das Angebot einer Zusatzversicherung an alle PKV-Unternehmen (unabhängig von ihrer Mitgliedschaft im Verband) weiter. Die interessierten Unternehmen entwickeln einen passenden Tarif, der durchaus auch andere Elemente enthalten kann. Sie werden mit ihrem Angebot in ein Merkblatt aufgenommen, das dann den jeweiligen Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird.

Unabhängig von diesen Kooperationsüberlegungen bleibt die Frage, ob ein Bedürfnis nach Einschaltung der Kassen überhaupt besteht.

In der Vergangenheit ist der Verkauf von PKV-Massenprodukten (Reisekrankenversicherungen, Tagesgeldversicherungen und Zahnergänzungsversicherungen) relativ problemlos bewältigt worden.

1.1.5. Grenzen der Wahlleistungs- und Selbstbehalttarife in der GKV

Die Leistungseinschränkungen in der GKV werden auch unter dem Stichwort einer Regel-Wahlleistungskonzeption diskutiert, die der GKV selbst Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich des Umfangs ihres Schutzes einräumt. So hat der Sachverständigenrat bereits in seinem Jahresgutachten von 1994 verschiedene Zu- und Abwahlmöglichkeiten vorgestellt. Den Krankenkassen sollte z.B. das Recht gegeben werden, für Tarife mit Selbstbehalt Beitragsnachlässe zu gewähren.

Die GKV würde damit rasch an die Grenzen des Solidarprinzips stoßen. Da anzunehmen ist, dass sich aufgrund der damit verbundenen Leistungseinschränkungen nur gute Risiken für die Beitragsnachlässe entscheiden würden, führten diese zwangsläufig zu Einnahmeausfällen, denen keine entsprechenden Einsparungen bei den Leistungsausgaben gegenüberstünden. Finanziert werden müssten die Einnahmeausfälle dann durch höhere Beitragsätze bei den Pflichtversicherten.

Ein weiteres Problem ergäbe sich auch hier aus dem Europarecht:

Der EuGH verneint in der Poucet/Pistre-Entscheidung¹³ die Unternehmens-

eigenschaft der Sozialversicherungsträger nur dann, wenn sie nach dem Grundsatz der nationalen Gesamtsolidarität ohne Gewinnzweck arbeiten. Die Pflichtmitgliedschaft, die Einkommensabhängigkeit der Beiträge, Ausnahmen von der Beitragspflicht für besonders schutzwürdige Gruppen, fortgesetzter Versicherungsschutz nach Ende der Versicherung, Umlagefinanzierung und Quersubventionen mit anderen Sicherungssystemen seien Hinweise für die Klärung der Frage, ob ein solidarisches System bejaht werden könne oder nicht. Da alle diese Kriterien bei Wahlleistungsangeboten nicht mehr erfüllt würden, könnten die Krankenkassen vom Europäischen Wettbewerbsrecht nicht mehr freigestellt werden. Eine ausnahmsweise Zulassung nationaler Monopole kommt nach Artikel 86 EGV nur in Betracht, wenn die Leistungen von privaten Anbietern nicht erbracht werden können.

Diese Linie wurde auch schon durch nationale Gerichtsurteile bestätigt: Dadurch, dass der Bundesausschuss „Ärzte und Krankenkassen“ durch die Arzneimittelrichtlinien mit Ausschlüssen von einzelnen Arzneimittelgruppen wie eine Unternehmensvereinigung handele, seien die Richtlinien kartell- und wettbewerbswidrig und stellten einen Verstoß gegen Artikel 81 des EG-Vertrages dar.¹⁴

¹³ EuGH vom 17.2.1993 – Rd.C-159/91 und C 160/91 – Slg. 1993, I-637ff.

¹⁴ OLG Düsseldorf, Az: KZR 31/99.

Wenn also die gesetzliche Krankenversicherung durch das Angebot von Wahlleistungen das solidarische System verlässt, ist ihr Monopol nicht mehr zu rechtfertigen. Die Krankenkassen verlieren demzufolge als Wirtschaftsunternehmen dann auch ihre Privilegien einschließlich ihres effizienten Steuerungsinstrumentariums. Hierbei ist unerheblich, ob der Wahlleistungssektor einen relativ geringen Umfang hat. Es kommt darauf an, dass die GKV an einem Punkt ihr System verlässt und als Unternehmen auftritt. Sie hätte sich den zu erwartenden wettbewerbsrechtlichen Auseinandersetzungen wie ein privater Anbieter zu stellen.

1.1.6. Verbreiterung der Bemessungsgrundlage der GKV

Aufgrund der Entwicklung der Vermögen ist die ausschließliche Anbindung der Beiträge an die Löhne und Gehälter nicht mehr zeitgemäß. Um eine größere Verteilungsgerechtigkeit zu erreichen, sollte die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten zur Beitragszahlung herangezogen werden.

Laut Prof. Henke¹⁵ würde die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage der

GKV auf das Gesamteinkommen zusätzliche Beitragseinnahmen in einer Größenordnung von fast 20 Mrd. Euro pro Jahr bringen können. Dies wäre eine Entlastung des Beitragssatzes um rund zwei Beitragspunkte. Bei den Rentnern war mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ein erster Schritt in die richtige Richtung vollzogen worden und hatte zu jährlichen Beitragsmehreinnahmen von rund 250 Mio. Euro geführt. Allerdings ist angesichts der vom Bundesverfassungsgericht verlangten Gleichbehandlung von freiwillig und pflichtweise versicherten Rentnern diese Regelung (im Wahljahr 2002) nicht auf alle Rentner ausgedehnt, sondern prinzipiell zurückgenommen worden.

Generell besteht die Gefahr, dass die Kassen wie heute schon bei den freiwillig versicherten Rentnern und Selbständigen wenig motiviert wären, die zusätzlichen Einkommen auch wirklich zu erfassen, da sie über den Durchschnittsbeitragseinnahmen liegende Einnahmen im Risikostrukturausgleich an andere Kassen abgeben müssen. Dies kann es erforderlich machen, den Beitragseinzug auf interessensneutrale Institutionen zu verlagern oder gesetzlich stringente Vorgaben zu machen, z.B. in dem Sinne, dass die Beweislast zur Einkommenshöhe umgekehrt wird.

¹⁵ Anhörung vor der Bundestags-Enquete-Kommission Demographischer Wandel am 22.1.2001 in Berlin.

1.1.7. Neudefinition der beitragsfreien Familienversicherung

Angesichts der starken Zunahme der Zahl kinderloser Ehepaare drängt sich eine Modifizierung der jetzigen Regelung der Familienmitversicherung auf. Schließlich ist diese nicht als „Eehilfe“, etwa ergänzend zum Splitting, gedacht. Im Ergebnis wird an einen eigenen Beitrag nichtberufstätiger Partner kinderloser Ehepaare zu denken sein, vielleicht abgesehen von Fällen, in denen Familienangehörige gepflegt werden. Wenn bei kinderlosen Ehepaaren ein eigener Beitrag vom nicht berufstätigen Ehepartner erhoben werden würde, ergäbe dies für die GKV allein bei den freiwillig Versicherten auf je 200.000 betroffene Ehegatten eine halbe Milliarde Euro an Mehreinnahmen. Dabei wird vom halben durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag von derzeit 14 Prozent ausgegangen.

1.2. Wettbewerb durch Vertragsfreiheit – auch für die PKV

Viele Gesundheitsökonominnen – so auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹⁶ – setzen auf eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Dies soll vor allem ein Instrument sein, um noch vor-

handene Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen zu erschließen.

Wettbewerb ist eine Konsequenz der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 geschaffenen Wahlfreiheit der Versicherten. Die Versicherten sollen zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen können. Die Sinnhaftigkeit einer Wahlentscheidung hängt ab von kassenspezifischen Differenzen auf der Beitrags- und auf der Leistungsseite. Da von einem echten Wettbewerb kaum die Rede sein kann (s.o.), steht in der gesundheitspolitischen Diskussion die Frage im Vordergrund, wie eine Intensivierung erreicht werden kann, ohne dass das für die Funktionsfähigkeit der GKV existentielle Solidarprinzip gefährdet wird.

Vermehrt wird verlangt, den Kassen mehr Vertragsfreiheit auf der Leistungsseite einzuräumen. Die Forderungen reichen bis hin zu direkten Einkaufsmodellen, bei denen die Kassen selber bestimmen, von welchen Leistungsanbietern sie Leistungen zu welchen Konditionen beziehen. Unabhängig von der Frage, ob mit solchen Vertragsdifferenzierungen auch Leistungs-differenzierungen einhergehen würden, müsste schon aus Gründen der Wettbewerbsparität auch die PKV erweiterte Vertragsmöglichkeiten bekommen. Zu denken ist vor allem an das Recht, mit den Ärzten von der GOÄ abweichende Regelungen vereinbaren zu können.

¹⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5661.

1.2.1. Öffnung von Betriebskranken-kassen von Versicherungsunternehmen?

Gegen die Öffnung von Betriebskranken-kassen, die zu Assekuranz-Unternehmen gehören, bestehen keine rechtlichen Bedenken. Die PKV-Unternehmen haben aber im Sinne eines spannungsfreien Nebeneinanders mit der GKV in der Vergangenheit alles getan, um solche Öffnungen zu vermeiden, auch bei nicht PKV-gefährdeten Versicherungsgruppen. Auch wenn die Betriebskranken-kassen rechtlich in keiner Weise eine Unternehmensfunktion haben, die der Versicherung, für deren Mitarbeiter sie tätig sind, zugerechnet werden könnte, wird die Öffnung von Kassenseite als Eindringen der PKV in den Kassenmarkt dargestellt. Auf die Dauer ist es der PKV allein nicht möglich, sich zur Vermeidung dieses Missverständnisses der Öffnungsdynamik der Betriebskranken-kassen auch der Assekuranz-Unternehmen erfolgreich entgegenzustellen. Die Fusionswelle, die auch zu über die Assekuranz hinausreichenden Konzernbildungen führt, lässt das Bestreben in den Vordergrund treten, die Mitarbeiter aller Konzernteile in einer hauseigenen Betriebskranken-kasse zusammenzufassen. Die PKV sucht deshalb die Unterstützung des Gesetzgebers, der solcher Art motivierten Öffnungen entgegenwirken könnte, wenn er die Erstreckung der jeweiligen Betriebskranken-kassen auf alle Konzernteile zuließe. Unabhängig da-

von darf selbstverständlich auch die Betriebskranken-kasse eines Assekuranzunternehmens keine Monopolisierung durch die Empfehlung von Produkten nur „ihrer“ Versicherung vornehmen.

1.3. Abgrenzung des Personenkreises PKV-GKV

Die Frage der „richtigen“ Grenzziehung zwischen GKV und PKV wird in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder thematisiert.¹⁷ Im Kern geht es dabei um die Zuweisung der Personenkreise zur GKV oder zur PKV. Grundgedanke der geltenden Abgrenzung ist das Subsidiaritätsprinzip. Danach hat der einzelne Bürger für das Krankheitsrisiko zunächst über den Weg der Eigenvorsorge aufzukommen. Nur wer schutzbedürftig ist, sollte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sein.

1.3.1. Ordnungspolitische Einordnung der geltenden Grenze

Die Grenzziehung stellt sich heute im Wesentlichen so dar, dass Beamte und Selbständige, die unter dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit und des Bedarfs nicht der GKV verbunden sind,

¹⁷ Vgl. hierzu grundlegend Uleer, Ch.: „Die „richtige“ Grenzziehung zwischen PKV und GKV“. Unveröffentlichtes Manuskript, Köln 2001.

prinzipiell der PKV zugewiesen werden. Arbeitnehmer können sich für die PKV entscheiden, wenn ihr Einkommen die so genannte „Friedensgrenze“ (Versicherungspflichtgrenze) überschreitet, die auf 75 Prozent der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung festgeschrieben ist.

Nach der gesetzlichen Abgrenzung gilt in Deutschland der Großteil der Bevölkerung als sozial schutzbedürftig. Rund 74 Prozent sind pflichtversichert. Unter Einbeziehung der freiwillig Versicherten kann die GKV sogar einen Anteil von fast 90 Prozent für sich verbuchen. Die PKV deckt als Anbieter von Vollversicherungsschutz (substitutive Krankenversicherung) etwa 10 Prozent der Bevölkerung ab. Der Gesetzgeber hat also die soziale Schutzbedürftigkeit sehr weit ausgelegt. Der Umfang der Versicherungspflicht lässt sich vor diesem Hintergrund durchaus anzweifeln. Folgt man dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 zur Verfassungsmäßigkeit der privaten Pflegepflichtversicherung, so dürfte die Pflichtgrenze der Höhe nach eine soeben noch vertretbare Spitze erreicht haben. Das Gericht stellte nämlich fest: „Bei der Zuordnung der Personengruppen zu einem der beiden Versicherungszweige hatte der Gesetzgeber einen erheblichen Spielraum, der allerdings durch den allgemeinen Gleichheitssatz und das Sozialstaatsprinzip begrenzt ist. Insbesondere durfte er die

Personengruppe, die in die private Pflegepflichtversicherung einbezogen ist, danach abgrenzen, welcher Personenkreis zur Bildung der Solidargemeinschaft erforderlich ist und welche Personen deren Schutz benötigen. Von diesem Gestaltungsspielraum hat der Gesetzgeber bei Erlass des SGB XI einen verfassungsmäßigen Gebrauch gemacht.“¹⁸ Das Gericht sah sich deshalb unter dem Gesichtspunkt des Sozialstaatsprinzips nicht veranlasst, in ähnlicher Weise wie für die GKV auch für die PKV eine sozial gerechtere Regelung der Familienbeiträge zu verlangen.

1.3.2. Einschränkung des Marktes der PKV ?

In der politischen Diskussion wird insbesondere von Vertretern der GKV immer wieder die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze gefordert. In jüngster Zeit hat sich auch Bundesgesundheitsministerin Schmidt dafür ausgesprochen, diese Grenze unter Beibehaltung der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der nächsten Legislaturperiode zu erhöhen. Primärer Zweck einer solchen Ausdehnung der Personenkreise der GKV ist nicht die Absicherung sozial Schutzbedürftiger, sondern die Erhaltung der Finanzkraft der GKV durch die Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen. Jedoch wird

¹⁸ BvR 1681/94 u.a.

verkannt, dass sich die Finanzierungsprobleme der GKV auf Dauer nicht durch die Einbeziehung immer weiterer Personenkreise lösen lassen. Bei einer solchen isolierten Betrachtung wird nämlich übersehen, welche positiven Wirkungen vom privaten Sektor auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die GKV im Besonderen ausgehen:

■ Wettbewerb

Mit der Einschränkung des privaten Sektors bzw. seiner künftigen Entwicklungschancen würden auch die von ihm ausgehenden Wettbewerbspulse entfallen. Die Effektivität des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV hinsichtlich Leistungsstandard, Kostenentwicklung, Innovation, Service und wechselseitiger Kontrolle würde an Bedeutung verlieren. Dass Deutschland im Gegensatz zu Nachbarstaaten selbst für diffizile medizinische Leistungen keine Wartelisten kennt, ist kein Zufall.

■ Relativierung der Risikoselektion

Unstrittig ist, dass die Abwanderung von Versicherten zur PKV zu Risikoselektionsverlusten der GKV führt.¹⁹ Das Selektionsargument ist allerdings in zweifacher Hinsicht zu rela-

tivieren. Zum einen gibt es eine - wenn auch geringere - Gegenselektion, wenn die Kinder von PKV-Versicherten mit Eintritt in das Berufsleben pflichtversichert werden. Zum anderen ist den Versicherten die Rückkehr in die GKV nach dem Grundsatz „einmal PKV - immer PKV“ verwehrt. Insbesondere seit es ausnahmslos keine Rückkehrmöglichkeit mehr für alle über 55 Jahre alten PKV-Versicherten zur GKV gibt, ist die Selektion auf den Zeitpunkt des Übertritts reduziert. Nach dem Übertritt mischen sich die Risiken im Zeitablauf gleichmäßig.

■ Überproportionaler Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitswesens

Die PKV-Versicherten und sonstigen Selbstzahler bringen für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen einen überproportionalen Beitrag von rund 5 Mrd. Euro jährlich auf, der etwaige Selektionsvorteile mehr als ausgleicht.²⁰ So zahlen sie etwa für die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen dreimal so viel wie die Kassenpatienten. Ähnliches gilt für die übrigen Leistungsbereiche, insbesondere das Krankenhaus. Die in den PKV-Vollschutz regelmäßig ein-

¹⁹ Vgl. Infes: „Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen“. 1996.

²⁰ Vgl. Weber, Ch.: „Selbstzahler tragen überproportional zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei“. In: PKV-Publik, Heft 3, 2001, S. 31f.

geschlossenen Wahlleistungen sind für die Finanzierung der Kliniken unverzichtbar.

■ Entlastung der Krankenversicherung der Rentner

Eine neue Studie zu den Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenversicherung kommt zu dem Ergebnis, dass Übertritte von der GKV zur PKV jenseits des Alters 35 die Kassen schon deshalb entlasten, weil die Belastungen der Krankenversicherer der Rentner entfallen.²¹ Bereits durch die in den letzten 25 Jahren zur PKV übergetretenen Jahrgänge werden die Kassen bis 2030 um einen halben und bis 2050 um einen ganzen Beitragspunkt entlastet.²²

■ Rechtliche Schranken

Der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze stehen die Rechte der Versicherten, die Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen und das Europarecht entgegen.²³

Wenn durch die Erhöhung der Versi-

cherungspflichtgrenze Personen in die GKV einbezogen werden, die des sozialen Schutzes nicht bedürfen und die auch nicht unbedingt zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des sozialen Sicherungssystems benötigt werden, sind diese in ihren Grundrechten verletzt, vor allem in dem Grundrecht der Berufsfreiheit aus Art. 12 i.V.m. Art. 2 GG (da die Pflichtgrenze an die berufliche Tätigkeit anknüpft).

Den privaten Versicherungsunternehmen der PKV würde mit der Zuweisung weiterer Personenkreise zur GKV die Geschäftsgrundlage weitgehend entzogen. Sie könnten die ihnen gesetzlich zugewiesene soziale Sicherungsfunktion nicht mehr dauerhaft erfüllen. Die Existenz- und Funktionsrechte der PKV-Unternehmen sind durch die Artikel 12 Abs. 1 und 14 Abs. 1 GG geschützt.

Vor dem Hintergrund des Subsidiaritätsprinzips und des Übermaßverbots ist jede Verschiebung der Versicherungspflichtgrenze zu Lasten der privaten Unternehmen als unverhältnismäßig einzustufen, wenn sie zur Stabilisierung der Finanzierungssituation der GKV und in Umsetzung des Sozialstaatsprinzips zur Absicherung der sozial Schutzbedürftigen nicht geeignet ist und es zudem mildere zielführende Mittel

21 Vgl. Hof, B.: „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“. PKV-Dokumentation Nr. 24, Köln 2001.

22 Vgl. ebd., S. 247.

23 Vgl. Boetius, J.: „Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV)“. A.a.O., S. 11 ff. sowie Uleer, Ch.: „Die ‚richtige‘ Abgrenzung von PKV und GKV“. A.a.O., S. 10 ff.

gibt. Solche sind z.B. die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven, die Erhebung des Beitrags vom Gesamteinkommen oder die Begrenzung des Leistungsumfanges auf das medizinisch Notwendige.

Fraglich ist die Zulässigkeit einer Ausdehnung der versicherungspflichtigen Personenkreise auch aus der Sicht des europäischen Wettbewerbs- und Kartellrechts (Artikel 81 ff. EG-Vertrag). Die monopolartige Stellung der GKV ist nur vor dem Hintergrund ihrer besonderen Aufgabe zu rechtfertigen, für die sozial Schutzbedürftigen einen Solidarausgleich durchzuführen. Wenn dieser ohne Not zu Lasten eines funktionierenden privatwirtschaftlichen Versicherungssystems ausgedehnt wird, stellt sich die Frage, ob sich dies nicht durch Verletzung der europäischen Grundfreiheiten (Artikel 49 EG-Vertrag) unmittelbar auch zum Nachteil ausländischer Wettbewerber auswirkt.²⁴

1.3.3. Aufnahme ganzer Personenkreise in die PKV als zukunftsweisende Alternative

Die Einbeziehung weiterer Personenkreise in die GKV ist unter wirtschaftlichen und rechtlichen Gesichtspunkten kein gangbarer Weg. Zukunftsweisend wäre dagegen der Ausbau der Friedensgrenze zu einer konsequenten Schutzbedürftigkeitsgrenze. Ein Schritt in diese Richtung könnte die Schließung der GKV für Beamte sein, die sich dort bislang freiwillig weiterversichern können. Die Beamten verfügen mit der Beihilfe über ein eigenständiges Sicherungssystem, zu dem nur der private Versicherungsschutz hinsichtlich Leistungsumfang und Erstattungssatz kompatibel ist. Erste Schritte im Sinne der Ausgestaltung der PKV als alleiniger Schutzeinrichtung für die Beamten mit Annahmezwang gab und gibt es schon. Die PKV musste und konnte im Rahmen bestimmter Übergangsfristen für den Neuzugang an Beamten den Kontrahierungszwang akzeptieren. Neben ihren bisherigen Angeboten für Beamte ist sie zudem im Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet gewesen, die gesetzlich versicherten Beamten ohne Risikozuschlag in den verbandseinheitlichen Standardtarif aufzunehmen. Für neue Beamte gilt diese Verpflichtung auf Dauer (§ 257 Abs. 2 a Nr. 2 c SGBV).

Die PKV kann auf die Gesundheitsprüfung verzichten, wenn ihr geschlosse-

²⁴ Vgl. Hirsch, G.: „Europäische Sozialunion kraft Richterrecht?“. In: Perspektiven der PKV in Europa, PKV-Dokumentation Nr. 23, S. 13.

ne Kollektive zugewiesen werden, etwa alle Beamten oder auch die freiwillig Weiterversicherten. In solchen Kollektiven gleichen sich die Risiken aus, nicht aber, wenn eine individuelle Wahl getroffen wird. Dass eine solche konsequente Abgrenzung gut funktioniert, zeigen die Niederlande, wo die Pflichtgrenze – nach ursprünglich deutschem Vorbild – zugleich die Ausscheidengrenze ist.

Die PKV ist bereit, sukzessiv alle freiwillig Weiterversicherten aufzunehmen. Damit würden einerseits die beklagten Selektionen zum Zeitpunkt des Übertritts vermieden werden und andererseits die Kassen entlastet, wenn die demographische Entwicklung für sie kritisch wird. Wie der Standardtarif und die private Pflegepflichtversicherung zeigen, gibt es genug technische Möglichkeiten, um auch für die Versicherten Übergangsschwierigkeiten zu bewältigen. Mit dem Wegfall des Streits um Vollversicherte wäre auch die Basis für eine intensivere Zusammenarbeit von PKV und GKV gelegt.

2. Die künftige Marktposition der PKV

2.1. Vom Basis- über den Normal- bis zum Spitzenschutz

Die künftige Marktposition der PKV ist nicht nur von der gesetzlichen Abgrenzung der Märkte von PKV und GKV abhängig, sondern auch von der Fähigkeit der PKV selbst, das ihr überlassene Segment überzeugend auszufüllen und den Erwartungen der Bürger gerecht zu werden. Dass es der PKV trotz der für sie positiven Grundströmung noch nicht gelungen ist, weitere zum Übertritt berechnigte Personenkreise zu erfassen, liegt zu einem guten Teil an unzureichenden preislichen Differenzierungsmöglichkeiten. Eine große Herausforderung für die Zukunft ist es, neben dem typischen PKV-Normalangebot einschließlich der Wahlleistungen auch den PKV-Basis-/Standard-Schutz stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und die rechtlichen Voraussetzungen für entsprechend günstige Beiträge zu verbessern. Die Zeiten, in denen es wie in den 70er Jahren im Sog des allzu großzügigen Kassenschutzes allein auf den Leistungswettbewerb ankam, sind vorbei. Dass dennoch als dritte Variante auch ein entsprechend teurer Spitzenschutz, etwa mit Leistungen über den GOÄ-Rahmen hinaus, geboten wird, ist ebenfalls marktgerecht.

2.2. Marktentwicklung der PKV in den letzten 25 Jahren

Betrachtet man die Entwicklung seit Abschluss der gesetzgeberischen Beschränkungen des PKV-Marktes im Jahre 1976, dann kann man durchaus von einer Abstimmung der Bürger zugunsten der PKV sprechen. Immerhin hat sich ihr Bestand seither von einem Tiefstand von 4,4 Millionen wieder auf 7,8 Millionen Vollversicherte (Stand 2001) erhöht.²⁵ Es gab kein Jahr, in dem die PKV nicht einen Nettozuwachs zu verzeichnen hatte. Auch der Zusatzversicherungsbestand ist im gleichen Zeitraum von 3,4 auf 7,6 Millionen Versicherte angewachsen, auch wenn der Anteil des Zusatzversicherungsschutzes an den Beitragseinnahmen von 20 auf 13 Prozent nachhaltig abgenommen hat.²⁶

2.3. Möglichkeiten der PKV-internen Kostenbegrenzung

Die PKV hat viele Möglichkeiten, ihre preisliche Wettbewerbsfähigkeit aus eigener Kraft zu verbessern. Am bedeutsamsten ist ihre Privatautonomie hinsichtlich der Ausformung des Tarifange-

bots. Sparmöglichkeiten beim Angebot neuer Tarife gibt es z.B. durch

- die Eliminierung von besonders teuren Leistungen (z.B. Edelmetalle und Keramikverblendungen, aufwendige Hilfsmittel, Leistungspositionen, die bestimmte Gebührenrahmen überschreiten),
- die Herausnahme von eigentlich nicht versicherbaren Leistungen aus dem Katalog (z.B. Brillen und zu einem Teil auch Zahnersatz),
- die Ausdehnung der Selbstbeteiligung auf den bisher weitgehend nicht erfassten Bereich der stationären Wahlleistungen.
- die konsequente Umsetzung des vom Bundesgerichtshof mit Urteil vom 3. August 2000 vorgezeichneten angemessenen Preis-Leistungsverhältnisses bei der Wahlleistung „Zimmer“ durch alle Unternehmen.

Die PKV-Unternehmen haben in den letzten Jahren auch Erfolge mit neuen Tarifsystemen erzielt, etwa mit dem Hausarzttarif oder der anwendungsge- steuerten Kombination von Schulmedizin und Naturheilverfahren.

So können sozial schwächere Versicherte, die älter als 55 Jahre sind, die Möglichkeiten des Standardtarifs nutzen. Hier besteht zudem ein Ansatz-

²⁵ Zahlenberichte, diverse Jahrgänge; zu 2001 geschätzt.

²⁶ Zahlenberichte, diverse Jahrgänge.

punkt für die Geltendmachung der Nachfragemacht, etwa wenn es um die Durchsetzung von Preisen geht, z.B. bei den Material- und Laborkosten oder der Heilgymnastik.

Erhebliche Rationalisierungsreserven können durch Zusammenwirken auch im Hilfsmittelsektor erschlossen werden.

Unabhängig vom Tarifstandard gilt es, die Möglichkeiten der Leistungsregulierung mehr zu nutzen, z.B. durch konsequente Kürzungen bei Verletzung der Abrechnungsvorschriften der Gebührenordnungen.

In den Leistungsabteilungen kann auch durch ein Mehr an Personal gespart werden, zumal es nicht vertretbar ist, unbegründete oder der Höhe nach unangemessene Forderungen durch „Zahlen und Schweigen“ zu akzeptieren.

Solche Investitionen sind auch Voraussetzung für Erfolge des qualitätsgesicherten Disease-Managements für einzelne Volkskrankheiten. Der Erfolg solcher Angebote hängt aber wesentlich davon ab, dass die Versicherten bei Vorliegen entsprechender Krankheiten auf die Inanspruchnahme der Angebote verpflichtet werden können. Dies setzt entsprechend neue Tarifgestaltungen voraus.

2.4. Vererbbarkeit von Alterungsrückstellungen

Häufig wird kritisiert, dass durch die Vererbung der Alterungsrückstellung der Unternehmenswechsel mit zunehmender Vorversicherungszeit schwerer fällt. Alternativen müssen im Sinne einer Güterabwägung bewertet werden. Dabei muss die Wahrung der Rechte des Versichertenkollektivs und insbesondere der Rechte der nicht wechselwilligen und wechselfähigen Risiken eine ebenso große Rolle spielen wie die geforderte größere Freizügigkeit der Wechselwilligen.

Betrachtet man das derzeit praktizierte System, so besteht über alle Unternehmen hinweg eine Ausgewogenheit bei Einnahmen und Ausgaben. Dabei haben die Wechsler letztlich durch den Verzicht auf die erworbenen Rechte einen Ausgleich für die Solidargemeinschaft der nicht Wechselnden zu erbringen, allerdings mit dem Vorteil, in (zumindest subjektiv) günstigere Tarife wechseln zu können. Wird der Wechsel erleichtert, wird der Aufwand letzten Endes für die Gesunden niedriger und für die verbleibenden schlechteren Risiken höher. Der Solidargedanke verliert an Bedeutung und das Risiko für die nicht wechseln könnenden Versicherten steigt. Zusammenfassend führte also die Erleichterung des Wechsels zu einer „Sozialisierung des Wechsels“, indem die Versicherten in den

verbleibenden Beständen erhebliche finanzielle Nachteile hinnehmen müssten. Diese könnten nur durch einen Finanzausgleich kompensiert werden, der im privaten Sektor auf verfassungsrechtliche Schranken stoßen würde und der nach allen Erfahrungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit größeren Nachteilen verbunden ist als der am Markt gewachsene Ausgleich innerhalb der PKV.

Nach Prüfung aller in der Diskussion befindlichen alternativen Modelle sind die Experten der PKV, deren Positionen zunächst auch nicht deckungsgleich waren, im Frühjahr 2001 zu dem neuerlichen Fazit gekommen: Zum Schutz der nicht wechselwilligen und krankheitsbedingt nicht wechselfähigen Versicherten ist die Beibehaltung des bisherigen Systems unverzichtbar!²⁷

3. Demographischer Wandel und Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Die Altersstruktur der Bevölkerung wird sich in den nächsten Jahrzehnten gravierend verändern. Heute ist jeder fünfte Bürger älter als 60 Jahre; im Jahre 2030 wird jeder dritte Bürger älter als 60 Jahre sein. Die Zahl der über 85-Jährigen wird sogar um rund 90 Prozent zunehmen. Zugleich verringert sich die Gesamtbevölkerung um rund 10 Prozent. Für das Gesundheitswesen haben diese Altersveränderungen gravierende Konsequenzen. Da ältere Menschen naturgemäß um ein Mehrfaches höhere Gesundheitskosten als jüngere Menschen verursachen, wird die Finanzierung steigender Gesundheitsleistungen zunehmend schwieriger werden.

Das Anwartschaftsdeckungsverfahren der PKV ist von der Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung unabhängig, da kein intergenerativer Ausgleich erfolgt, sondern eine Finanzierung je Geburtsjahrgang. Die verlängerte Lebenserwartung löst Nachfinanzierungen aus, die im Rahmen des gesetzlich vorgegebenen Kalkulationsmodells entsprechend der aktualisierten Sterbetafel der PKV laufend vorgenommen und ebenso durch moderate Beitragserhebungen überwiegend aus Überschüssen abgedeckt werden.

²⁷ Vgl. Prof. Dr. Scholz, Rupert / Prof. Dr. Meyer, Ulrich / Beutelmann, Josef: „Zu den Wechseloptionen der PKV“. PKV-Dokumentation 25, S. 114.

Der sich (dramatisch) verändernde Altersaufbau der Bevölkerung wird das Umlagesystem vor erhebliche Finanzierungsprobleme stellen.²⁸ Aufgrund des intergenerativen Ausgleichs wird der signifikant ansteigende Anteil der Rentner im Verhältnis zu den Aktiven²⁹ deutliche höhere Beitragssätze erfordern, die auch in Verbindung mit ähnlichen Zusammenhängen in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) schwere soziale Verwerfungen auslösen können. Der so genannte Generationenvertrag wird von der zahlenmäßig schwächeren jüngeren Generation immer weniger mitgetragen werden. Kumulativ wirkt hier wie bei der GRV die längere Lebenserwartung, die nochmals eine tendenzielle Anhebung des Altenquotienten bewirkt.³⁰ Je nach Annahmen zu Geburtenentwicklung, Lebenserwartung und Wanderungssaldo ergeben sich Erhöhungen um 3,5 bis 6,1 Beitragsprozentpunkte.³¹ Bis zum Jahr

2040 werden Beitragssätze von bis zu 31,2 Prozent prognostiziert.³²

3.1. Bewältigung des demographischen Wandels

Seit Anfang der 90er Jahre hat die PKV ein Bündel von Maßnahmen eingeführt, um durch jahrgangsgerechte Vorfinanzierung sozial unverträgliche Beiträge im Alter zu verhindern. Die PKV ist damit nicht nur zukunfts-, sondern auch demographiesicherer geworden.

So werden 90 Prozent des überrechnungsmäßigen Zinsertrages auf die Alterungsrückstellungen zurückgestellt und ab Alter 65 zur Vermeidung oder Minderung von Beitragserhöhungen verwendet. Zusätzlich wird seit dem 1. Januar 2000 ein Zuschlag von 10 Prozent des Versicherungsbeitrags erhoben und ebenfalls für den gleichen Zweck reserviert. Auf diese Weise wird in jungen Jahren ein weiterer Finanzierungsstock angespart, der im Alter die Auswirkungen von Kostensteigerungen dämpfen soll. Hochrechnungen gehen dahin, dass die PKV künftig bei derzeitigem Zinsniveau die Altersbeiträge selbst dann nicht stärker erhöhen muss, wenn jährliche Anstiege der Gesundheitskosten von 4 Prozent zu verkraften sind.

²⁸ Vgl. Rudolph, Jürgen: „Demographische Entwicklung und ihre Auswirkung auf die Sozialsysteme“. Vortrag an der Universität Koblenz am 11. Januar 2001, unveröffentlicht, beim Autor zu beziehen.

²⁹ Vgl. ebd.

³⁰ Vgl. ebd.

³¹ Vgl. Hof, Bernd: „Auswirkung und Konsequenzen der demographischen Entwicklung auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“, PKV-Dokumentation 24.

³² Prognose von Cassel/Oberdieck: „Beitragssatzexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung“. 1996.

1. Differenziertes PKV-Tarifangebot

Die PKV sollte durchgängig über ein marktgerechtes, differenziertes Tarifangebot verfügen, das transparent unterscheidet zwischen

- dem Basis-/Standardschutz ohne Wahlleistungen,
- dem auf das medizinisch Notwendige konzentrierten gehobenen PKV-Schutz, der die Wahlleistungen ganz oder teilweise (durch Entkoppelung der Leistungen „Ärzte und Ein- und Zweibettzimmer“) einschließt.
- dem Spitzenschutz, der z.B. die Überschreitung der Honorargrenze der GOÄ zulässt.

2. PKV muss selbst zu leistungsgerechteren Abrechnungen und Preisen beitragen

Im Interesse ihrer Versicherten hat die PKV der Kostendämpfung durch Sicherstellung der Leistungsgerechtigkeit der Preise besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dazu gehören

- die Stärkung der Leistungsabteilungen zwecks konsequenter Rechnungskontrolle, unbeschadet der in Verwaltung und Betrieb gebotenen Kostenbegrenzung,

- die Vertretung von Patienteninteressen gegenüber den Leistungserbringern, im Einzelfall auch auf dem Rechtsweg,

- die unternehmensübergreifende Zahlungsverweigerung bei nicht leistungsgerechten Forderungen, insbesondere bei der Wahlleistung „Ein- und Zweibettzimmer“,

- die Zugrundelegung leistungsgerechter Preislisten für die tarifliche Absicherung der Behandlungskosten der Heilhilfsberufe und der Kosten der zahntechnischen Leistungen und das Bemühen um eine gleichgerichtete Vorgehensweise der Beihilfe bei den ihr anvertrauten etwa 3,5 Millionen Beamten und deren Angehörigen. Die Preis- und Leistungsverzeichnisse des Standardtarifs für Heilmittel und Zahntechnik können hier Vorbildfunktion haben,

- die Stärkung des Kosteninteresses der Versicherten durch die Ausweitung von Selbstbeteiligungselementen auch in den Stationärтарifen.

3. Transparente Leistungsinhalte

Die PKV muss sich im Zusammenwirken mit den Leistungserbringern darum bemühen, die Spezifika der privatärztlichen Behandlung und des Komfortan-

gebots im Krankenhaus für die Patienten transparenter zu machen.

4. Systemgerechte neue Zusatzversicherungen

Entsprechend den Bedürfnissen des Marktes ist die PKV aufgefordert, den Kassenmitgliedern angemessene ambulante Zusatzversicherungen anzubieten, durch die etwaige Leistungslücken (z.B. bei der Auslandsreiseversicherung, beim Zahnersatz, bei den Heilmitteln, bei den Arzneimitteln, beim Krankenhausaufenthalt und bei der Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung) geschlossen werden können. Dabei gilt es aber zu beachten, dass die Bemühungen des Gesetzgebers, das Nachfrageverhalten nach Gesundheitsleistungen zu beeinflussen, nicht konterkariert werden.

5. Kooperation mit den gesetzlichen Kassen

Die PKV bejaht die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen in gemeinsamen gesundheitspolitischen Anliegen. Das Zusammenwirken in den Verhandlungen zur Pflegeversicherung und im Krankenhausbereich sollte ausgebaut werden, etwa im Blick auf die Umsetzung der DRGs in den Kliniken.

Die PKV ist zudem bereit, Mitverantwortung bei der Finanzierung gemeinsamer Aufgaben zu übernehmen, soweit diese klar umschrieben sind und nicht zu Doppelbelastungen führen. Vorbilder sind die gemeinsame Finanzierung der Weiterbildung zum Allgemeinarzt, des Untersuchungsheftes für Kinder sowie das Angebot der PKV an den Gesetzgeber, sich anteilig an der Finanzierung ambulanter Hospizdienste zu beteiligen. Die PKV tritt auch für gemeinsame Verbraucherinformationen über PKV-Produkte ein, insbesondere soweit diese Massencharakter haben. Wie oben schon dargestellt, kann eine solche Kooperation bedeutsam werden, wenn es zur Ausgliederung weiterer Leistungen aus der GKV und zur Entwicklung eines entsprechenden Zusatzschutzes bei der PKV kommen sollte. Sie kann weiter in Betracht kommen, wenn sich der Gesetzgeber zur Bildung eines Kapitalstocks auch für Kassenversicherte durchringen sollte. Das Kapital müsste in diesem Fall schon zur Sicherung vor staatlichem Zugriff in die Privatversicherung ausgelagert werden. Bei jeder Art von Kooperation ist aber strikte Wettbewerbsneutralität der einzelnen Kassen gegenüber den Privatversicherungen geboten.

6. Europäische Zusammenarbeit

Unbeschadet der verbleibenden nationalen Zuständigkeit für die soziale Sicherung einschließlich der substitutiven PKV ist eine Verstärkung der europäischen Zusammenarbeit der PKV geboten. Dabei haben die alternative private Vollversicherung und das Werben für die Subsidiarität als Abgrenzungskriterium von GKV und PKV im Vordergrund zu stehen.

Die PKV-Unternehmen sind aufgefordert, in ihren Versicherungsbedingungen lückenlos die Empfehlung des Verbandes umzusetzen, den ungeschmälernten Fortbestand des PKV-Schutzes auch bei Wohnsitzverlegung innerhalb der Europäischen Union zu garantieren.

Angesichts der Europäischen Währungsunion und des damit verbundenen Standortwettbewerbs auch im sozialen Bereich ist ein gemeinsames Interesse von GKV und PKV an der Erhaltung des Versicherungsprinzips zu sehen, zumal angesichts der Tendenz zur Staatsfinanzierung und zum deficit-spending der Sozialversicherung in anderen EU-Staaten.

1. Vorschläge für die Gesetzgebung zur PKV

Wichtig ist, dass der Gesetzgeber, der die Rahmenbedingungen vorgibt und auch maßgeblichen Einfluss auf die Preisgestaltung im privaten Sektor nimmt, die Möglichkeiten zur Wahrung der Rechte der Versicherten stärkt. Er muss zugleich den Trend ändern, bei Reformen der GKV die finanziellen Auswirkungen auf den Privatbereich zu vernachlässigen, ja dessen Mehrbelastung sogar in Kauf zu nehmen.

1.1. Beitragsentlastung im Alter

Geltendes Recht:

Im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sind in den Paragraphen 12 und 12 a umfangreiche Regulierungen verankert mit dem Ziel, die Beiträge zur PKV im Alter bezahlbar zu halten. Zum einen ist geregelt, dass 90 Prozent der auf die Alterungsrückstellung erzielten Überzinsen zu diesem Zweck verwendet werden. Dieser Betrag wird aufgeteilt zum einen auf jeden Versicherten gemäß seinem Anteil an der Gesamalterungsrückstellung und zum anderen auf die über 65-Jährigen. Der Teilbetrag, der für alle Versicherten da ist, dient zum Aufbau einer Anwartschaft zur Beitragsstabilisierung im Alter. Der zweite Teil, der für die über 65-Jährigen (zu einem gewissen Prozentsatz auch für die zwi-

schen 55- und 65-Jährigen) zu verwenden ist, dient in diesem Altersbereich ebenfalls zur Stabilisierung der Beiträge, allerdings nicht durch Aufbau einer Anwartschaft, sondern durch Verwendung innerhalb von drei Jahren bei der nächsten Beitragsanpassung. Findet keine Beitragserhöhung statt, welche zu begrenzen ist, so dient der Betrag zur Beitragssenkung. Dieser Teilbetrag, der bei der Novellierung zum 1. Januar 2000 50 Prozent der Überzinsen ausmachte, wird innerhalb von 25 Jahren auf 0 reduziert, während der andere Teilbetrag im selben Verhältnis ansteigt.

In §12 Absatz 4 a ist als weitere Komponente eingeführt, dass zusätzlich zum kalkulierten Beitrag 10 Prozent des Beitrages erhoben werden, um ebenfalls der Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter zugeführt zu werden. Die 90 Prozent der überrechnungsmäßigen Zinserträge auf diesen Teilbetrag kommen bis zum 65. Lebensjahr ausschließlich dem einzelnen Versicherten zugute, danach greift die oben genannte Verteilungsregelung. Während dieser zehnpromzentige Zuschlag für jeden neu abgeschlossenen Versicherungsvertrag seit dem 1. Januar 2000 gilt, konnte der Bestand einem solchen Zuschlag widersprechen. Liegt kein Widerspruch vor, so erfolgt eine sukzessive Angleichung des Beitrages in Zwei-Prozent-Schritten seit dem 1. Januar 2001. Etwa 90 Prozent der Versicherten haben sich für den Zuschlag entschieden.

Im VAG ist nicht nur die Erhebung dieser Beträge geregelt, sondern auch, wie diese Anwartschaften auf Beitragsermäßigung im Alter zu verwenden sind. Während der Teilbetrag, der kollektiv für die bereits heute Alten zu verwenden ist, auch für Beitragssenkungen eingesetzt werden kann und zum Teil auch muss, dürfen die Anwartschaften auf Beitragsermäßigung im Alter (auch die, welche aus dem eigenen Ansparvorgang über den Beitragszuschlag von 10 Prozent erfolgen) nur zur Konstanthaltung des Beitrages ab Alter 65 verwandt werden. Erst ab Alter 80 können (wenn der Versicherte nicht inzwischen verstorben ist) die Restbeträge auch zur Beitragssenkung eingesetzt werden.

Zielvorstellungen:

■ **Flexiblere Verwendung der in der Anwartschaft für Beitragsermäßigungen im Alter angesammelten Mittel**

Steigen die Preise im Gesundheitswesen nicht extrem an, so werden dafür, dass die Beiträge ab Alter 65 nur konstant zu halten sind, relativ wenig Mittel aus dem angespartem Betrag benötigt. Im Alter 80 kann dann noch so viel vorhanden sein, dass der Beitrag auf nahe Null sinkt und immer noch etwas übrig ist. Hier wäre es angebracht, den Versicherten bereits ab Alter 65 in den Genuss der Mittel (die er zum Teil selbst als Zusatzbeitrag eingezahlt hat)

kommen zu lassen. Damit kann über die restliche Lebenszeit eine bessere Verstetigung des Beitrages erreicht werden. Je nach Beitragsentwicklung vorher könnte es auch für den Versicherten angebracht sein, diese Beitragsverstetigung bereits ab Alter 60 einsetzen zu lassen. Die derzeitigen starren und einengenden Regelungen im Gesetz sind nicht kundenfreundlich.

■ **Überzinsen auf den gesetzlichen 10-Prozent-Zuschlag immer für den einzelnen Versicherten**

Die auf den Beitragszuschlag erzielten überrechnungsmäßigen Zinsen werden nur bis Alter 65 dem einzelnen Versicherten zugeordnet. Danach wird derzeit ein Teilbetrag zur Subventionierung aller 65-Jährigen verwandt (unabhängig davon, ob sie selbst mit einem Beitragszuschlag vorgesorgt haben oder nicht). Hier wäre es angebracht, die Zuschreibung der Überzinsen auch über das 65. Lebensjahr hinaus vollständig dem einzelnen Versicherten für seinen eigenen Beitragszuschlag zukommen zu lassen.

■ **Gleichbehandlung der Überzinsen der Beitragsentlastungskomponenten und des gesetzlichen Zuschlags**

Bereits bevor der gesetzliche Zuschlag von 10 Prozent eingeführt wurde, wurden von den privaten Krankenversicherungsunternehmen Tarife angeboten,

welche einen Sparvorgang auf eine Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter (diese allerdings in Höhe und Ausschüttungsmodalitäten nicht gesetzlich, sondern durch die Versicherungsbedingungen geregelt) beinhalten. Auch nach Einführung des Zehn-Prozent-Zuschlages werden diese Produkte weiter geführt und von den Versicherten bei Wunsch nach noch größerer Absicherung abgeschlossen. Die überrechnungsmäßigen Zinsen auf diesen individuell vereinbarten Anwartschaftsaufbau werden nach geltendem Recht wie die auf die normale Alterungsrückstellung behandelt, d.h. zum Teil kollektiv für die bereits Älteren verwandt, obwohl diese zu den Erträgen nicht beitragen. Aus diesem Grunde wäre es gerechtfertigt, diese Sparvorgänge dem Zehn-Prozent-Zuschlag bezüglich der Überzinsverteilung gleichzustellen.

1.2. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Geltendes Recht:

Ein wesentliches Problem der derzeit gültigen GOÄ ist das in weiten Bereichen veraltete Gebührenverzeichnis. Weite Teile des medizinischen Fortschritts sind in dem in den frühen 80er Jahren entwickelten Leistungsverzeichnis nicht hinreichend abgebildet. Das Ordnungsverfahren ist zu unflexibel, um zeitnah auf positive (medizinische

Fortschritt) wie negative (Missbrauch des gebührenrechtlichen Instrumentariums) Entwicklungen reagieren zu können. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2000 die Idee zur Diskussion gestellt, die amtliche GOÄ in eine von Ärzteschaft und Kostenträgern (PKV, Beihilfe) zu vereinbarenden Vertragsgebührendordnung zu überführen. Aufgrund rechtlicher Bedenken anderer Ressorts (Bundesjustizministerium, Bundeswirtschaftsministerium) ist dieser Gedanke dann aber fallengelassen worden.

Zielvorstellungen:

- **Abbildung des medizinischen Fortschritts durch nicht zustimmungspflichtige Rechtsverordnungen**

Soweit es dabei bleibt, dass die Abrechnungsgrundlage für die privatärztlichen Leistungen in Form einer Rechtsverordnung der Bundesregierung erlassen wird, muss sichergestellt werden, dass sowohl der medizinische Fortschritt rechtzeitig abgebildet werden kann als auch Fehlanreize frühzeitig gegengesteuert wird. Bereits jetzt gibt es ein inoffizielles Abstimmungsverfahren in Sachen Analog-Bewertungen dergestalt, dass in das „Analogverzeichnis der Bundesärztekammer“ nur mit Bundesgesundheitsministerium, Bundesinnenministerium und PKV-Ver-

band konsentrierte Abrechnungsempfehlungen aufgenommen werden. Allerdings müsste das Abstimmungsverfahren so institutionalisiert werden, dass konsentrierte Positionen der Beteiligten durch Rechtssetzungsakt des Bundesgesundheitsministeriums (das entsprechend ermächtigt werden müsste) für die privatärztliche Liquidationspraxis bindend gemacht werden. Das Bundesgesundheitsministerium müsste das Mandat erhalten, einzelne Leistungen zwischen den Novellierungsschritten, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen, in das Gebührenverzeichnis durch nicht zustimmungspflichtige Rechtsverordnung aufzunehmen, und zwar auf Antrag eines Beteiligten. Damit könnte gewährleistet werden, dass zumindest die nicht im Gebührenverzeichnis erfassten ärztlichen Leistungen, die in der Praxis in einer relevanten Größenordnung erbracht werden, ohne größere Verzögerung in die Gebührenordnung integriert werden können und nicht der einseitigen Verfügungsgewalt einer Partei des Behandlungsvertrages, also des Arztes, überlassen bleiben.

■ Raum für abweichende Vereinbarungen zwischen PKV und Ärzten

Für die Kostenträger muss die Möglichkeit eröffnet werden, in einem bestimmten Rahmen in Abstimmung mit kooperationswilligen Ärzten vom „gebührenrechtlichen Korsett“ abzu-

weichen. Der Managed Care-Gedanke spielt in der Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens eine ständig größer werdende Rolle. Es muss daher gewährleistet sein, dass in diesem Bereich Erfahrungen gesammelt werden können und dass entsprechende Projekte nicht bereits an den fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen scheitern. Der GKV hat der Gesetzgeber entsprechende Möglichkeiten eröffnet (Modellvorhaben, integrierte Versorgung). Es kann nicht sein, dass der privaten Krankenversicherungswirtschaft solche Möglichkeiten vorenthalten werden. Daher ist auch in einer amtlichen GOÄ eine „Öffnungsklausel“ vorzusehen, die der PKV und den Ärzten partielle Abweichungen von der „Basis-GOÄ“ ermöglicht.

■ Mehr Pauschalen statt Einzelleistungsvergütung

Außerdem leidet die GOÄ unter strukturellen Problemen. Das auf ein Höchstmaß an Einzelfallgerechtigkeit abzielende Einzelleistungsvergütungssystem hat sich in der Praxis nicht bewährt. Es fördert die Mengenausweitung ärztlicher Leistungen, ist intransparent und lädt zum Missbrauch unter dem Gesichtspunkt der Rechnungsbetragsoptimierung ein. Die bei gleichbleibendem Punktwert - auch bestandsbereinigt - ständig (meist überproportional) steigenden Ausgaben der PKV für die ambulante ärztliche Behandlung

machen deutlich, dass nach der GOÄ in ihrer jetzigen Struktur ständig mehr Leistungen erbracht werden können. Im Bereich der GOZ steigt zudem der durchschnittliche Liquidationssatz immer weiter an. Es ist daher notwendig, das derzeitige Einzelleistungsvergütungsprinzip durch ein System pauschalierter Vergütungsformen (Fall-, Kopf- und Disease-Pauschalen) zu ersetzen. Speziell im stationären Bereich, also bei den wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus, bietet sich eine solche Systematik an, da der Regelleistungsbereich (allgemeine Krankenhausleistungen) zukünftig durch DRG-basierte Fallpauschalen erfasst sein wird. Diese enthalten einen Arztkostenanteil, der die Basis für das Chefarzthonorar im Bereich der Wahlleistungen bilden kann. Die Vergütung der wahlärztlichen Leistungen könnte dann in Form eines Zuschlags von x Prozent des Arztkostenanteils der jeweils einschlägigen Fallpauschale(n) erfolgen.

■ Persönliche Leistungserbringung

Darüber hinaus haben sich in der Vergangenheit weitere Schwachstellen dergestalt gezeigt, dass im Grundsatz richtige und dem Patientenschutz dienende Regelungen nicht ausreichend klar und unmissverständlich formuliert worden sind. Die Zielvorstellungen des Ordnungsgebers werden somit in der Praxis häufig nicht umgesetzt. Zu nennen sind hier vor allem drei Bereiche:

- die persönliche Leistungserbringung des liquidationsberechtigten (Chef-) Arztes bei wahlärztlicher Behandlung,
- in Laborgemeinschaften erbrachte und vom auftraggebenden Arzt selbst liquidierte Laboruntersuchungen,
- das sog. „Zielleistungsprinzip“.

Entscheidet sich der Patient für die Chefarztbehandlung, werden ihm die wahlärztlichen Leistungen auf der Grundlage der GOÄ gesondert und zusätzlich zu den für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der ärztlichen Behandlung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) zu entrichtenden Pflegesätzen in Rechnung gestellt. In der Praxis erbringt der Chefarzt die wahlärztlichen Leistungen aber häufig nicht selbst, sondern lässt sich von nachgeordneten Ärzten des Krankenhauses vertreten. Die Abrechnungspraxis entspricht in vielen Fällen nicht den besonderen Erwartungen, die mit der persönlichen Leistungserbringung verbunden werden. Erforderlich ist es deshalb, die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung zu verdeutlichen.

■ Abrechnung von Laborleistungen

Auch auf die Fehlentwicklungen im Bereich der Abrechnung von Laborleistungen hat der Ordnungsgeber im Rahmen der letzten GOÄ-Novelle nicht mit der notwendigen Stringenz reagiert. Die Möglichkeit, angeforderte Labor-

leistungen als eigene Leistungen abzurechnen, die in einem nicht allein durch medizinische Notwendigkeiten begründbaren Maße zur Mengenausweitung geführt hat, wurde lediglich eingeschränkt. Während bis zum In-Kraft-Treten der letzten GOÄ-Novelle am 1. Januar 1996 sämtliche Laboruntersuchungen in Laborgemeinschaften bezogen und vom anfordernden Arzt abgerechnet werden konnten, ist diese Möglichkeit nunmehr auf ein bestimmtes Segment von Laboranalysen, das sog. Basislabor (Abschnitt M II des Gebührenverzeichnisses) beschränkt worden. Dies reicht aber schon deswegen nicht aus, weil der Anteil der Laborleistungen, die weiterhin delegierbar sind, an der Gesamtzahl der abgerechneten Laborleistungen immer noch sehr hoch ist. In Abschnitt M II des Gebührenverzeichnisses werden nämlich gerade die Laborleistungen aufgeführt, bei denen es sich im Wesentlichen um häufige, rationalisierungsfähige Routineleistungen handelt. Es bleibt also in einem wesentlichen Bereich dabei, dass durch billigen Einkauf von Laboranalysen und deren Abrechnung zu „GOÄ-Preisen“ ohne eigene Leistung Gewinne erwirtschaftet werden können.

■ Zielleistungsprinzip

Das sog. „Zielleistungsprinzip“ ist sowohl in § 4 Abs. 2 a GOÄ als auch in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses verankert. Gemäß § 4 Abs. 2 a

GOÄ kann der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Das Zielleistungsprinzip besagt also, dass Einzelleistungen, die nur erbracht werden, um das Leistungsziel zu erreichen, nicht gesondert neben der Gebühr für die Zielleistung berechnet werden dürfen. Diese Regelung führt in der Praxis zu dem Problem, dass der allgemeine Abrechnungsgrundsatz mit den im Gebührenverzeichnis aufgeführten einzelnen Gebührenpositionen nicht in Einklang zu bringen ist. Das Zielleistungsprinzip muss zur Klarstellung dahingehend konkretisiert werden, dass sämtliche Teilleistungen, die lediglich zur Erreichung des Leistungsziels erbracht werden, von der Gebühr für die Zielleistung erfasst werden, und nicht nur diejenigen Teilleistungen, deren Erbringung standardmäßig zur Erreichung des Leistungsziels notwendig ist.

■ Honorardifferenzierung bei Standardleistungen einerseits und anspruchsgerechten Leistungen andererseits

In Zukunft sollte im Sinne der Umsetzung von § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ (Mittel-

wert der Regelspanne) zwischen einer Standardleistung mit durchschnittlichem Zeitaufwand und Leistungen, die dem typischen Privatpatientenanspruch gerecht werden (anspruchsgerechte Leistungen), differenziert werden. Die Standardleistungen sollten synchron zu der oben diskutierten obligatorischen Kostenerstattung für die dazu berechtigten Kassenmitglieder bis zum Mittelwert der Regelspanne liquidationsfähig sein. Die höhere Liquidation für die anspruchsgerechten Leistungen muss auch mit besonderem Service (z.B. bei den Wartezeiten) und zeitaufwendigerer Behandlung sowie einem entsprechenden Willen des Patienten dazu korrespondieren. Die Differenzierung könnte z.B. dadurch erleichtert werden, dass bei Überschreiten des Mittelwertes der Regelspanne im Streitfall die Beweislast auf den Arzt übergeht.

1.3. Gebührenordnung für Zahnärzte

Geltendes Recht:

Die Gebührenordnung in ihrer derzeit geltenden Fassung hat zu einer Vielzahl von Abrechnungsstreitigkeiten geführt. Ursache hierfür ist die unterschiedliche Auslegung der gebührenrechtlichen Regelungen durch Zahnärzte und Kostenerstatter (PKV und Beihilfe), wobei sich letztere in der Regel die Auffassung des zuständigen Ministeriums (zunächst BMA, dann BMG) zu Eigen

gemacht haben.

Gemäß § 9 GOZ können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden. Hierzu heißt es in der Amtlichen Begründung der Bundesregierung³³, auch bei Privatpatienten dürften die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden. Dies sei nicht angemessen.

Gleichwohl wird in der Praxis immer wieder versucht, zahntechnische Leistungen bei Privatpatienten nicht zu den „Kassenpreisen“, sondern nach einem internen Leistungsverzeichnis (BEB = Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) zu berechnen. Die auf der Basis der BEB berechneten Preise können bei identischen Leistungen um 50 bis 100 Prozent über den GKV-Preisen liegen. Deshalb bedarf es einer rechtlichen Klarstellung, dass die Kassenpreise auch für Privatpatienten gelten.

Zielvorstellung:

■ Klare Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen

Abrechnungsstreitfälle müssen durch klarere Leistungsbeschreibungen und

³³ Bundestags-Drucksache 276/87 vom 26.6.1987

Abrechnungsbestimmungen beseitigt werden.

■ **Raum für abweichende Vereinbarungen zwischen PKV und Zahnärzten**

Anlog zur GOÄ sind auch Abweichungen von der GOZ zu erlauben.

1.4. Krankenhausrecht

Neue Rechtslage:

Die PKV steht der für das Jahr 2003 avisierten Einführung einer nahezu vollständigen Finanzierung der Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen grundsätzlich positiv gegenüber. Die neue Vergütungssystematik löst eine nur schwer handhabbare Parallelität von tagesgleichen Basis- und Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen ab. Das DRG-System begründet die Hoffnung auf eine weiter sinkende Verweildauer und mehr Leistungstransparenz im stationären Sektor. Zwar wird die PKV ihren Verweildauervorteil gegenüber der GKV verlieren und sich intensiver mit den Kostenfragen der weitgehend unregelmäßig Anschlussheilbehandlung zu befassen haben. Die mit den einzuführenden Entgelten verbundenen Leistungs- und Diagnosedokumentationen werden jedoch verbesserte Erkenntnisse hinsichtlich der stationären Indikation zulassen. Der Gefahr der Auswei-

tung der Mengen und der Optimierung der Abrechnungen sollte durch eine systemimmanente Steuerung begegnet werden. Auf einen Prüfmechanismus, der der PKV im Gegensatz zur GKV nach dem DRG-Einführungsgesetz nicht offen stehen soll, kann aber nicht verzichtet werden. Die DRG-Systematik darf ihre Wirkung nicht auf einen verstärkten Preiswettbewerb beschränken, vielmehr muss es gelingen, die Qualität der Krankenhausleistung in den Wettbewerbsprozess einzubeziehen; gleichzeitig müssen jedoch die flächendeckende Versorgung und die Adaption des medizinischen Fortschritts sichergestellt sein.

Die PKV wird auch künftig ihre Priorität bei den Plan- und Vertragskrankenhäusern sehen, so dass eine Begünstigung von Ausweichkapazitäten in Form von Privatkliniken nicht in Betracht kommen kann. Diese Zielsetzung muss dadurch abgesichert bleiben, dass die PKV ihren Status als Vertragspartei auf der Bundes- und Landesebene und ihren Sitz in den Schiedsstellen behält. Das einheitliche Handeln aller Kostenträger im Krankenhausbereich ist fortzuführen, um auch für die Zukunft die Einheitlichkeit der Entgelte für die allgemeine Krankenhausleistung sicherzustellen.

Nichts wird sich aber daran ändern, dass die Krankenhäuser die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer einerseits sowie die persönliche Behandlung

durch die leitenden Krankenhausärzte andererseits entkoppelt anbieten sollen und können.

Zielvorstellungen:

■ **Prüfrecht der PKV im DRG-System**

Ebenso wie der GKV müssen auch der PKV Prüfrechte im Krankenhaus eingeräumt werden, um der Gefahr des Upgrading begegnen zu können. Dieses Prüfrecht liegt im Hinblick auf die noch andauernde Budgetierung auch im Interesse der GKV.

■ **Leistungsgerechte Wahlleistungsberechnung auch im Zeichen der DRG absichern**

Das Angebot von Wahlleistungen liegt im Interesse der Patienten, nicht nur der 12 Millionen, die dafür versichert sind, sondern auch jener, denen für Inanspruchnahme der Regelleistung die Ausstrahlungen der Wahlleistung zugute kommen, z.B. ärztliche Kapazitäten. Die Kostenträger der Regelleistungspatienten werden zudem über die Vorschriften zur Ausgliederung überhöhter Wahlleistungskosten in der Größenordnung von mehreren hundert Millionen Euro jährlich finanziell entlastet.

Unklar ist noch, wie sich das DRG-System auf die Wahlleistungen auswirken wird, wie sich nach Wegfall der Kostenausgliederung der Zuschlag für Ein- und

Zweibettzimmer berechnen wird und ob die DRGs, die auch einen Arztkostenanteil enthalten, Anknüpfungspunkt für die künftige Chefarztliquidation sein werden. Der Rechtsrahmen für das Wahlleistungsangebot der Krankenhäuser ist seit den ersten Regelungen in der BpflV 1973 vom Gesetz- und Verordnungsgeber stetig fortentwickelt worden und stellt, wie die auf den Regelungen fußende Rechtsprechung des BGH verdeutlicht, den erforderlichen Schutz des Patienten in Teilen bereits sicher. Dies gilt insbesondere für die Regelungen zur Schriftlichkeit der Wahlleistungsvereinbarung, zur Unterrichtung des Patienten, zur Angemessenheit der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen und zum Klagerecht des PKV-Verbandes. Sie sollten zur Erhaltung der Rechtssicherheit auch in das kommende Entgeltsystem der DRGs und dessen Normierung übernommen werden.

■ **Abschaffung der Wahlarztkette**

Eine Verbesserung des Patientenschutzes ist insbesondere im Hinblick auf die sog. Wahlarztkette erforderlich. Letztere führt dazu, dass der Patient automatisch in Vertragsbeziehungen zu allen liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses und den von diesen eingeschalteten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen tritt, auch wenn er nur von einem bestimmten Wahlarzt behandelt werden möchte. Die gravierendste Schwäche dieses

Systems besteht darin, dass sogar krankenhausexterne Ärzte in die Kette einbezogen werden. Die Abschaffung dieses Automatismus ist geboten.

■ Entkoppelung der Wahlleistungen

Zwar werden gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen in der Regel gemeinsam gewählt. Es ist aber davon auszugehen, dass viele Patienten durchaus ein Interesse daran hätten, die wahlärztliche Behandlung oder die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer isoliert wählen zu können. Beide Wahlleistungsarten müssen vollständig entkoppelt voneinander sein und auch entsprechend transparent angeboten werden. Dies wäre auch im wohlverstandenen Interesse der Krankenhäuser.

■ Klare Definition der Wahlleistung „Zweibettzimmer“

Es muss gesetzlich klargestellt werden, bei welcher Zimmer- und Bettenstruktur eine Wahlleistung Zweibettzimmer überhaupt vom Krankenhaus angeboten und berechnet werden darf. Zahlreiche Kliniken bieten heute auch den Kassenpatienten Unterbringung im Zweibettzimmer, wobei der Patient mit Wahlleistung Zweibettzimmer in zahlreichen Fällen bei identischer Leistung zu einem zusätzlichen Entgelt verpflichtet wird.

1.5. Arzneimittel

Geltendes Recht:

Bei Arzneimitteln gibt es im Gegensatz zu den mehr anwendungsorientierten Leistungsbereichen bislang nur relativ geringfügige Preisdifferenzierungen zwischen Privat- und Kassenpatienten. Die Apotheken haben den gesetzlichen Krankenkassen auf den Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von fünf Prozent einzuräumen (§ 130 SGB V). Im Arzneimittel-Ausgabenbegrenzungsgesetz sind weitere Bevorzugungen der GKV in der Form einer Erhöhung des Kassenrabatts, einer pauschalen Ausgleichszahlung der pharmazeutischen Industrie an die GKV, vorgesehen.

Zielvorstellung:

■ Gleichstellung von GKV und PKV bei den Arzneimittelpreisen

Der Kassenrabatt sollte gestrichen werden. Er ist nicht gerechtfertigt, weil er nicht einen Mengenumsatz, sondern eine Menge von Einzelumsätzen begünstigt, bei denen außerdem die Apotheken den Kaufpreis zu kreditieren haben, während der Privatversicherte, der diesen Rabatt nicht erhält, bar bezahlt. Auch weitere Differenzierungen zwischen GKV und PKV, wie sie etwa in der „Ablasszahlung“ der Pharmaindustrie von 400 Mrd. DM im Jahre 2002 zum Ausdruck kommen, sind angesichts des Umstandes, dass es sich bei

einem Arzneimittel um ein einheitliches Produkt (ohne persönliche Elemente wie bei der Arztbehandlung) handelt, nicht gerechtfertigt.

■ Aut-idem-Regelung auch für PKV-Versicherte

Eine begrenzte Ermächtigung des Apothekers durch den Arzt bei der Auswahl der Wirkstoffe sollte gleichermaßen für alle Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus ermöglicht werden.

■ Pharmazentralnummern auf Privatrezepten auftragen

Durch Änderung der Apothekenbetriebsverordnung sollten Apotheker veranlasst werden, die Pharmazentralnummern auch auf Privatrezepte aufzubringen. Auf freiwilliger Grundlage erfolgt dies bisher erst in rund 15 Prozent der Fälle. Die Kenntnis der Pharmazentralnummer und damit die Lesbarkeit der Rezepte für den Kostenträger ist nicht nur für die Prüfung des Erstattungsanspruchs von Bedeutung, sondern auch ein Beitrag zur Behandlungssicherheit, indem zum Beispiel erwünschte Arzneimittelwechselwirkungen rechtzeitig festgestellt werden können.

1.6. PKV und europäischer Binnenmarkt

Geltendes Recht

Mit der Einführung des europäischen Binnenmarktes für die Versicherungs-

wirtschaft zum 1. Juli 1994 ist die bisherige Tarif- und Bedingungsgenehmigung entfallen. Artikel 54 der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie gibt aber dem nationalen Gesetzgeber für die zur GKV substitutive private Krankenversicherung im Interesse des Verbraucherschutzes eine weitgehende Regelungskompetenz. Die Aufsicht kann außerdem weiterhin die Vorabmitteilung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen verlangen, auch von solchen Unternehmen, die auf dem Wege der Dienstleistung vom Ausland her tätig werden.

Die gesetzgeberische Reaktion auf diese Vorgabe stellte die Konditionierung des Arbeitgeberzuschusses in § 257 Abs. 2 a SGB V dar. In die gleiche Richtung wirken die Ergänzungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Im Kapitel „Krankenversicherung“ des VVG wurde erstmals das Leitbild einer Krankenversicherung beschrieben; in § 12 a VAG werden die wesentlichen, bisher in den Anordnungen des BAV über die Aufstellung technischer Geschäftspläne niedergelegten, Kalkulationsvorschriften für die private Krankenversicherung festgelegt.

Der Bereich der Zusatzversicherungen ist von den Sondervorschriften des Artikel 54 der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie nicht erfasst, so dass

hier im Zuge der Deregulierung stärkere Veränderungen möglich sind.

Eine enge Zusammenarbeit und ein intensiver Erfahrungsaustausch mit anderen europäischen substitutiven Krankenversicherern – hier kommt in erster Linie die niederländische PKV in Betracht – sind notwendig und werden in jährlichen Europatagungen gepflegt. Nach wie vor wird die substitutive PKV in den meisten Ländern der EU – die Niederlande ausgenommen – in einer Weise diskriminiert, die die den Krankenversicherungsunternehmen im gemeinsamen Markt zustehende Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit untergräbt. Für die Versicherten stellt sich dies als Behinderung der Freizügigkeit dar.

Zielvorstellungen:

■ **Keine Benachteiligung der substitutiv PKV-Versicherten bei der Niederlassung in EU-Ländern**

Die PKV hat sich dem europäischen Binnenwettbewerb zu stellen. Die GKV hingegen ist als Sozialversicherung davon weitgehend ausgenommen. Dies ist im Prinzip auch durch das Solidarprinzip gerechtfertigt, darf sich aber nicht zum Nachteil substitutiv Privatversicherter auswirken. Deren Freizügigkeit wird behindert, da sie bei der Übersiedlung in ein anderes EU-Land trotz bestehenden PKV-Schutzes oft sozialversicherungspflichtig werden. Von der

EU-Kommission und den nationalen Gesetzgebern ist sicherzustellen, dass der substitutive PKV-Schutz europaweit anerkannt wird und eine Befreiung von der jeweiligen nationalen Versicherungspflicht nach sich zieht.

■ **Öffnung aller Märkte in der EU für die substitutive PKV, keine Einschränkung des privaten Sektors in Deutschland**

In gleicher Weise wie sich die EU-Kommission dafür einsetzt, dass der Zugang zum substitutiven PKV-Markt in Deutschland nicht erschwert wird – etwa durch die Erstreckung der deutschen Spartenrennung auf europäische Wettbewerber – ist sie aufgefordert, sich dafür zu engagieren, dass die der substitutiven PKV in Deutschland und den Niederlanden verschlossenen Märkte der anderen Mitgliedsstaaten, jedenfalls für die vergleichbaren Personengruppen der sozial nicht Schutzbedürftigen, geöffnet werden und dass in Deutschland selbst die Pflichtversicherung in der GKV nicht ausgedehnt wird.

2. Vorschläge für die Gesetzgebung zur GKV

2.1. Leistungsgestaltung der GKV

Geltendes Recht:

Die gesetzlichen Krankenkassen haben heute schon, unbeschadet des Solidaritätsprinzips, Gestaltungsspielräume, im Wesentlichen bei der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V), der Prävention und der Rehabilitation (§§ 23, 40, 43 SGB V). Im Übrigen sind die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben.

Zielvorstellungen:

■ Mehr Gestaltungsmöglichkeiten der GKV, aber unter Beachtung des Solidaritätsprinzips

Die Aufspaltung der Leistungen einer Kasse in Einzeltarife ist zwar nicht möglich; der Gesetzgeber könnte den Krankenkassen aber ohne Bruch des Solidaritätsprinzips größere Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich des Umfangs ihrer Gesamtleistungen und der Selbstbeteiligung einräumen. Er könnte ihnen beispielsweise gestatten, die Gesamtleistungen als Hausarztтарif auszugestalten. Die dergestalt ungeteilt vorgehaltenen Leistungen können natürlich nur gegen einen einheitlichen Beitrag angeboten werden. Die Kassen, die

sich für ein derartiges eigenes Leistungsprofil entscheiden, müssen auch spezifischen Regelungen für den Kas senwechsel unterworfen werden, um Risikoselektionen nicht Vorschub zu leisten.

■ Keine Wahltarife in einer Krankenkasse

Mit dem Solidarprinzip hingegen nicht vereinbar wäre eine Tarifiedifferenzierung innerhalb der einzelnen gesetzlichen Krankenkasse, indem z.B. zwischen Tarifen mit unterschiedlich hohen Selbstbehalten und Beiträgen gewählt werden könnte. Dies würde je nach Gesundheitszustand zum „Rosinenpicken“ führen (da es keinen individuellen Ausgleich durch Risiko- oder Alterszuschlag gibt wie in der PKV).

■ Limitierung des Arbeitgeberanteils

Der Arbeitgeberbeitrag sollte – ähnlich wie für Privatversicherte – auf eine von der Leistungsgestaltung der Kasse unabhängige Obergrenze beschränkt werden.

Die generelle Ersetzung des Arbeitgeberanteils durch einen Gesundheitslohn, der kostenneutral als Lohnbestandteil auszuzahlen ist, stellt zwar eine ordnungspolitisch zu bejahende Zielvorstellung dar, wäre aber mit großen praktischen, juristischen und sozialen Umsetzungsproblemen verbunden.

2.2. Sachleistung / Kostenerstattung

Geltendes Recht:

Mit der Einführung der wahlweisen Kostenerstattung für freiwillig Versicherte (§ 13 SGB V) hat der Gesetzgeber das Sachleistungsprinzip der GKV durchbrochen.

Durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wurde klargestellt, dass die Kostenerstattung sich nur auf sog. Vertragsärzte beziehen darf. Es können keine Ärzte in Anspruch genommen werden, die innerhalb des Sachleistungsprinzips nicht wählbar sind. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zum Bezug von Gesundheitsleistungen der GKV im europäischen Ausland verstärkt den Druck zur Erweiterung der Kostenerstattung.

Zielvorstellung:

■ **Kostenerstattung unter Beachtung des Solidaritätsprinzips**

Der Gesetzgeber kann die Kostenerstattung generell als Wahlrecht in der GKV einführen. Die Beachtung des Solidaritätsprinzips kann folgendermaßen sichergestellt werden: als Behandler können nur die gleichen Leistungsanbieter wie bei der Sachleistung gewählt werden; die erstattungsfähigen

Sätze entsprechen denen der Sachleistung; für Verwaltungskosten und zur Sicherung der Budgetunschädlichkeit sind angemessene Abschläge bei der Erstattung vorzunehmen; Mehrkosten, etwa infolge der Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach der GOÄ, sind vom Versicherten zu tragen.

2.3. Berufsfreiheit der Ärzte

Geltendes Recht:

Durch die §§ 101 bis 103 SGB V ist die Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis eingeschränkt worden. Die vom BverfG³⁴ für verfassungswidrig erklärte Spaltung von Kassen- und Privatpraxis ist erneut möglich geworden.

Zielvorstellung:

■ **Keine Zulassungssperren für Kassenärzte**

Die Berufsfreiheit der Ärzte darf nicht eingeschränkt werden, Kassen- und Privatpraxis müssen integriert bleiben. Nicht nur, um die Ableitung der Ärzteschwemme allein auf die Privatpraxis und die Entwicklung eines doppelten Standards zu vermeiden, sondern auch, um die gegenseitige Befruchtung von Kassen- und Privatpraxis zu erhalten. Zur Steuerung der Ärzteschwemme

³⁴ Urteil vom 23.3.1960 – 1 BvR 216/51.

sind Hürden im Rahmen der Ausbildung wesentlich angemessener.³⁵

2.4. Beitragsbemessung (Verteilungsgerechtigkeit) in der GKV

Geltendes Recht:

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten ist das Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung beitragspflichtig. Eine erweiterte Beitragsbemessung gibt es hier nur in den seltenen Fällen, in denen gleichzeitig Renten und Versorgungseinkünfte und neben letzteren auch Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit beitragspflichtig (§ 226 SGB V) bezogen werden.

Krankenversicherungspflichtige Rentner bezahlen gem. § 237 SGB V ihren Beitrag nicht nur von der Rente, sondern mit einem halben Beitragssatz auch von vergleichbaren Einnahmen, nämlich den Versorgungsbezügen. Hier wird also die Beitragspflicht bereits über die Einnahmen aus dem die Versicherungspflicht begründenden Sachverhalt hinaus ausgedehnt. Pflichtversicherung sind Rentner, wenn ihre Vorversicherungszeit durch Pflichtmitgliedschaft erfüllt wird.

Freiwillige GKV-Mitglieder bezahlen nach § 240 SGB V ihren Beitrag nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bis zur Beitragsbemessungsgrenze, wobei wenigstens die gleichen Einnahmen wie bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten zugrunde zu legen sind. Dabei war von den freiwillig Versicherten immer dann der Höchstbetrag zu zahlen, wenn sie nicht nachwiesen, dass ihr tatsächliches Einkommen unter der jeweiligen Bemessungsgrenze liegt. Das Bundesverfassungsgericht sah die unterschiedliche Beitragspflicht der Rentner als Verstoß gegen den Gleichheitssatz an und verpflichtete den Gesetzgeber, eine akzeptablere Regelung in der einen oder anderen Richtung zu treffen. Vorbehaltlich anderer Regelungen durch den Gesetzgeber sollte sich nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 1. April 2002 an der Zugang zur KVdR nach den Regelungen des Gesundheits-Reformgesetzes richten.³⁶ Durch das Zehnte Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (10. SGB V-Änderungsgesetz, BT-Drucksache 14/8099) ist weder die Beitragsbemessung noch die vom Bundesverfassungsgericht vorgeschlagene Zugangsregelung geändert worden. Es wird nur den „Bestandsrentnern“ ein Wahlrecht eingeräumt, ob sie künftig der Versiche-

³⁵ Vgl. Sachverständigenrat a.a.O., S. 279.

³⁶ BverfG 1 BvL 16/96 u.a.

rungspflicht als Rentner unterliegen oder weiterhin als freiwilliges Mitglied versichert sein wollen. Damit können die bisherigen „Freiwilligen“ die für sie optimale Lösung wählen und sich von erheblichen Beitragslasten befreien.

Zielvorstellung:

■ Grundsätzlich Beitragsbemessung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit

Nicht nur bei freiwillig Versicherten, sondern auch bei krankenversicherungspflichtigen Mitgliedern sollte die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zur Beitragszahlung herangezogen werden. Dies brächte mehr Verteilungsgerechtigkeit und würde auch helfen, den weiter steigenden finanziellen Anforderungen im Gesundheitswesen begegnen zu können.

2.5. Familienversicherung

Geltendes Recht:

Familienversichert sind der Ehegatte und die Kinder, wenn diese Familienangehörigen bestimmte Voraussetzungen erfüllen (§ 10 SGB V). Hierzu gehört u.a., dass die betreffenden Angehörigen kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße³⁷ über-

schreitet, und außerdem nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind. Für die Familienversicherung von Kindern gibt es bestimmte Altersgrenzen; grundsätzlich läuft sie bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, aus bestimmten Gründen, besonders bei Schul- oder Berufsausbildung, jedoch länger. Kinder sind nicht familienversichert, wenn der Elternteil, der das höhere Gesamteinkommen hat und dessen Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt, nicht gesetzlich versichert ist. Diese Regelungen gelten sowohl für die Familienangehörigen von krankenversicherungspflichtigen als auch für diejenigen von freiwilligen GKV-Mitgliedern.

Zur Berechnung des Beitrags einer freiwillig in der GKV versicherten nicht erwerbstätigen Ehefrau, deren Ehemann nicht in der GKV versichert ist, hat das Bundessozialgericht (BSG)³⁸ wie folgt entschieden: Der Beitragsbemessung darf die Hälfte des gemeinsamen Einkommens beider Ehegatten zugrunde gelegt werden. Die Kassensatzung darf das auf diese Weise ermittelte zu berücksichtigende Einkommen auf die Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze beschränken, wobei es jedoch ausdrücklich offen bleibt, ob auch die volle Bemessungsgrenze angewendet werden darf. Als Entlastungsbetrag für den Unterhalt eines nicht in die Familienver-

³⁷ Das sind im Jahre 2002 monatlich 335 Euro.

³⁸ Urteil vom 21.6.1990 – 12; RK 11/89.

sicherung einbezogenen Kindes ist vom gemeinsamen Einkommen beider Ehegatten ein Abzug vorzunehmen. In einer weiteren Entscheidung³⁹ hat das BSG die besagte Art der Beitragsberechnung auch für den Fall gebilligt, dass das freiwillige Mitglied erwerbstätig ist und ein geringeres Einkommen erzielt als der ebenfalls in der GKV versicherte Ehegatte.

Zielvorstellungen:

■ **Begrenzung der beitragsfreien Familienmitversicherung auf Familien mit Kindern**

Dem nicht erwerbstätigen Ehepartner kann ein eigener Teilbeitrag zur GKV zugemutet werden, soweit er nicht mindestens ein minderjähriges Kind betreut oder in der Vergangenheit betreut hat oder einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegt. Die o.g. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wie auch Vorschläge in der Literatur³⁹ geben praktikable Hinweise für die Höhe der Beitragsbemessung.

2.6. Ehegatten ohne Familienversicherungsanspruch

Geltendes Recht:

Aufgrund der Höhe des Einkommens des nicht in der GKV versicherten Ehegatten werden die Kinder von der Familienversicherung ausgeschlossen (§ 10 Abs. 3 SGB V). Für den in der GKV versicherten Ehegatten bleibt hingegen die Versicherungspflicht bestehen, wenn auch häufig zu geringem Beitrag (z.B. bei einer Mutter, die den Berufskontakt über Teilzeitbeschäftigung behalten will).

Zielvorstellung:

■ **Befreiungsrecht für den pflichtversicherten Ehepartner, wenn die ganze Familie privatversichert ist**

Dem pflichtversicherten Ehegatten, dessen gesamte Familie privatversichert ist, sollte das Recht zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht eingeräumt werden.

2.7. Von der Versicherungspflichtgrenze zur Berechtigungsgrenze (oder: die Problematik des Rechtes auf freiwillige Weiterversicherung)

Geltendes Recht:

Personen, deren Gesamteinkommen die Versicherungspflichtgrenze über-

³⁹ Urteil vom 17.7.1990 – 12; RK 16/89.

⁴⁰ Rudolph, J. / Schallermaier, Chr.: „Woran krankt unser Gesundheitswesen?“. In: Sozialer Fortschritt 11/2001, S. 260f.

schreitet, können sich freiwillig gesetzlich weiterversichern, wenn Sie über eine entsprechende Vorversicherungszeit in der GKV verfügen (§ 9 SGB V).

Zielvorstellung:

■ **Aufnahme geschlossener Kollektive ohne Gesundheitsprüfung durch die PKV**

Die GKV wirft der PKV mit Verweis auf das Solidarprinzip häufig vor, sie würde ihr durch die Gesundheitsprüfung vor allem gute Risiken entziehen. Die PKV hat angeboten, auf die Gesundheitsprüfung ganz zu verzichten, wenn ihr geschlossene Kollektive zugewiesen werden, etwa alle Beamten oder auch die künftig freiwillig weiterversicherten Angestellten. In solchen Kollektiven gleichen sich die Risiken aus, nicht aber, wenn eine individuelle Wahl des Beitritts in die leistungsstarke PKV getroffen werden kann und die PKV ohne die Möglichkeit des Risikozuschlags zur Aufnahme verpflichtet wird. Dass eine solche konsequente Abgrenzung gut funktioniert, zeigen die Niederlande, wo die Pflichtgrenze – nach ursprünglich deutschem Vorbild – zugleich die Berechtigungsgrenze für das Verbleiben in der GKV ist.

Eine konsequente Grenzziehung für ganze Personenkreise entspräche auch dem Subsidiaritätsprinzip. Die gesetzlichen Krankenkassen sind von Anbeginn an für die sozial Schutzbedürftigen

gedacht gewesen. Daraus rechtfertigen sich die sozialen Privilegien für die Kassenmitglieder. Ein erster Schritt zur Umsetzung dieser Konzeption wäre die vollständige Zuweisung aller Beamten zur PKV. Diese hätte den Kontrahierungszwang zu akzeptieren und auf die Gesundheitsprüfungen zu verzichten.

2.8. Demographische Zukunftsvorsorge in der GKV

Geltendes Recht:

Das Umlageverfahren der GKV bietet derzeit keine demographische Zukunftsvorsorge. Entsprechend wird sich der demographische Wandel in einem unmittelbaren Beitragssatzanstieg in der GKV bemerkbar machen.

Zielvorstellungen:

■ **Wie in der PKV wird auch in der GKV ein Beitragszuschlag zum Aufbau eines Kapitalstocks erhoben**

Um im (insoweit kollektiven) Umlagesystem die dramatischen Finanzierungsprobleme der Zukunft zu entschärfen, sollte ein systematisches Vorsparen als kollektiver Demographieausgleich vorgeschrieben werden. „Spare in der Zeit, dann hast du in der Not“ sollte auch hier der Ansatz sein. So wäre daran zu denken, der aktiven Generation 1 - 2 Beitragspunkte Mehrbelastung zu-

zumuten, um später Belastungen von 20 und mehr Beitragspunkten zu verhindern.⁴¹ Der Kapitalstock sollte aber außerhalb der Kassen gebildet werden, um ihn dem Zugriff des Staates zu entziehen. Durch einen zehnpromzentigen Beitragszuschlag in der GKV für alle Versicherten im erwerbstätigen Alter ließe sich für die kommende Demographiekrise eine Begrenzung des Beitragsanstiegs in der GKV auf etwa 15 Beitragspunkte erreichen.⁴²

Eine langfristige Konzeption müsste deshalb etwa so aussehen: Die Mittel aus dem 10-Prozent-Zuschlag werden in Kooperation mit der Privatversicherung in einem Kapitalstock angesammelt und jeweils bei Erreichen der Altersgrenze des einzelnen Versicherten⁴³ der GKV zur Mitfinanzierung der Krankenversicherung der Rentner kollektiv zur Verfügung gestellt.

41 Sozialexperten der CDU plädieren neuerdings für 3 Prozent vom Lohn zum Aufbau einer Kapitalrücklage anzulegen. Vgl. „Kapitalstock gegen Beitragsexplosion bei Kassen“. In: Handelsblatt Nr. 106, 5.6.2001, S. 4.

42 Berechnungen von Prof. Hof für den PKV-Verband, unveröffentl. Manuskript. Er geht davon aus, dass der angesammelte Kapitalstock bis 2050 verbraucht wird. Vgl. zum Aufbau einer Demographiereserve auch Cassel/Oberdieck/Keit: „Kapitaldeckung in der GKV“, Wirtschaftsdienst 2002/1.

43 Vgl. Uleer, Chr.: Vortrag bei der PKV-Europatagung 2000, unveröffentl. Manuskript. Vgl. auch Rudolph, J. / Schallermaier, Chr. a.a.o., S. 263 f.

Eine individuelle Auszahlung wäre nicht zielführend, da sie keine Entlastung der jüngeren Beitragszahler in den Zeiten der Demographiekrise brächte, sondern sich „nur“ als zusätzliche Altersvorsorge der Älteren darstellte.

■ **Alternative: Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Mehrbelastung der Kinderlosen wird zum Aufbau eines Kapitalstocks genutzt**

Alternativ zu einem Zuschlag für alle Beitragszahler der aktiven Generation bietet sich an, schwerpunktmäßig bei Kinderlosen einen Beitragszuschlag zu erheben. Diese Variante berücksichtigt die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes zur gesetzlichen Pflegeversicherung vom 3. April 2001, in der es die bedrohliche demographische Entwicklung und die Notwendigkeit hervorgehoben hat, darauf gesetzgeberisch zu reagieren.⁴⁴ Die anwartschaftsgedeckte Eigenvorsorge der sozial nicht Schutzbedürftigen in der privaten Pflegepflichtversicherung hält das Gericht auch hinsichtlich der Familienkomponente für mit dem Sozialstaatsprinzip vereinbar. Für die vom Umlageprinzip beherrschte soziale Pflegeversicherung und damit auch für die GKV sieht es dagegen die Notwendigkeit, die Kindererziehenden, die neben

44 BvR 1629/94.

dem Geldbeitrag auch noch einen generativen Beitrag erbringen, zu entlasten. Der Gesetzgeber wird deshalb in den nächsten zwei Jahren zu einer kinderbezogenen Abstufung der Beiträge kommen müssen.

Hier bietet sich als kostenneutrale Alternative die Erhebung eines Beitragszuschlags für Kinderlose an. Den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts für eine familienfreundlichere Gestaltung der GKV würde damit in doppelter Weise Rechnung getragen werden: Durch den Aufbau des mit dem Zuschlag zu speisenden Kapitalstocks würden die Kinderreichen partiell bei der Zukunftsfinanzierung entlastet werden, und bei der Berechnung der individuellen Höhe des Zuschlags könnte der generative Beitrag des einzelnen Versicherten, der von der Zahl seiner Kinder abhängt, berücksichtigt werden.

2.9. Zuschuss für befreite landwirtschaftliche Altenteiler

Geltendes Recht:

Die von der landwirtschaftlichen Krankenversicherung befreiten Altenteiler – es handelt sich nur um rund 2.000 Personen – erhalten nach §§ 4 Abs. 3, 59 Abs. 3 KVLG 1989 zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag einen Zuschuss, der nicht entfernt so hoch ist wie derjenige, den der Bund durchschnittlich je

krankenversicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Altenteiler an die landwirtschaftliche Krankenkasse zahlt. Beide Beträge waren bei der Erstfassung des Gesetzes im Jahre 1973 ungefähr gleich hoch.

Zielvorstellung:

Der Beitragszuschuss sollte auf denjenigen Betrag angehoben werden, den der Bund auch durchschnittlich je pflichtversicherten Altenteiler bezahlt. Angesichts der geringen Zahl der Berechtigten belastet diese Leistungsverbesserung den Bundeshaushalt nur unwesentlich.

1. Die geltende Abgrenzung von PKV und GKV nach dem Schutzbedürftigkeitsprinzip muss unter Realisierung zusätzlicher Finanzierungsmittel für die GKV perfektioniert werden.

- Das Bundesverfassungsgericht hat im Urteil zur Pflegepflichtversicherung vom 3. April 2001 die soziale Schutzbedürftigkeit als Abgrenzungsmaßstab mit dem Satz bekräftigt: „Insbesondere durfte er (der Gesetzgeber) die Personengruppe, die in die private Pflegepflichtversicherung einbezogen ist, danach abgrenzen, welcher Personenkreis zur Bildung der Solidargemeinschaft erforderlich ist und welche Personen deren Schutz benötigen. Von diesem Gestaltungsspielraum hat der Gesetzgeber einen verfassungsgemäßen Gebrauch gemacht.“ Zu dem dergestalt von der Verfassung vorgegebenen Nebeneinander der GKV und der PKV-Vollversicherung gibt es keine ernsthafte Alternative.
- Die Abgrenzung kann nicht zuletzt dadurch – auch zum Vorteil der GKV – perfektioniert werden, dass die ohnehin schon zu 94 Prozent privatversicherten Beamten zur Gänze der Privatversicherung zugewiesen werden. Darüber hinaus kann und würde die PKV auch ganze Gruppen künftig freiwillig versicherter Arbeit-

nehmer ohne Risikoprüfung aufnehmen, wenn Selektionsmöglichkeiten auch auf der Versichertenseite ausgeschlossen wären.

- Da die Schutzbedürftigkeit nicht nur von den – relativ ohnehin an Bedeutung verlierenden – Löhnen und Gehältern abhängt, sondern letztendlich vom Gesamteinkommen, sollte dieses zur Grundlage der Beitragsbemessung in der GKV gemacht werden. Allein dadurch ließen sich mit Mehreinnahmen von rund 15 Mrd. Euro die Finanznöte der GKV beheben und die Beiträge sogar absenken.

2. Die Bedeutung der PKV als Garant der Gesamtsolidarität im Gesundheitswesen wird wachsen.

Schon heute ist die PKV durch den überproportional großen Finanzierungsbeitrag der Selbstzahler und hohe Qualitätsanforderungen Garant einer über die Solidarität innerhalb der GKV hinausgreifenden Gesamtsolidarität im Gesundheitswesen. Diese Rolle wird sich noch verstärken, da weitere Sparmaßnahmen in der GKV infolge der Belastungen des Umlagesystems durch die demographische Entwicklung und die Kosten des medizinischen Fortschritts unvermeidbar sind.

3. Die Zukunftssicherheit des Krankenversicherungs-Systems muss gestärkt werden.

- Ein über die jetzigen 9,3 Prozent hinauswachsender Marktanteil der PKV wird die GKV langfristig (in einer Generation) gerade dann entlasten, wenn die Nöte des Umlagesystems am größten sein werden. Schon heute ist die Entlastung der Kassen durch die PKV als dem Kostenträger mit dem künftig relativ größten – aber ausfinanzierten – Rentneranteil um einen Beitragsprozentpunkt sicher.
- Diese Entwicklung könnte gefördert werden, wenn die verstärkt auf Grundleistungen konzentrierte GKV durch einen kapitalgedeckten Ergänzungsschutz der PKV aufgestockt würde, auch wenn sich die insoweit bestehenden Aufteilungsmöglichkeiten in relativ engen Grenzen halten werden.
- Wirksam wäre die Einführung eines zehnzehnten Beitragszuschlags, wie er seit dem Jahr 2000 den Privatversicherten zur Pflicht gemacht wurde, auch für die GKV-Versicherten. Dieser Zuschlag könnte von der Privatassekuranz nach dem Kapitaldeckungsprinzip verwaltet und zur kollektiven Mitfinanzierung der Krankenversicherung der Rentner eingesetzt werden. Berechnungen zei-

gen, dass durch eine bedarfsgerechte Verwendung auf diesem Wege bis zum Jahre 2050 die Demographiebelastungen unter Stabilisierung des Beitragssatzes bei 15 Prozent neutralisiert werden könnten.

4. Das Gesundheitswesen muss unbeschadet der strukturellen Unterschiede von PKV und GKV als Einheit gesehen werden.

- Unbeschadet der größeren Möglichkeiten des Gesetzgebers, der gesetzlichen Krankenversicherung Steuerungsmöglichkeiten zu eröffnen, darf die Einheit des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung nicht aus dem Auge verloren werden.
- Die PKV steht zur Einheitlichkeit der Pflegesätze und der Krankenhausplanung und betrachtet es als selbstverständlich, dass dieses Prinzip auch beim Übergang auf die DRGs nicht infrage gestellt werden darf.
- Der PKV müssen Möglichkeiten eröffnet werden, durch Vereinbarungen mit der Ärzteschaft von einzelnen Vorschriften der Gebührenordnung mit dem Ziel einer medizinisch ebenso modernen wie kostengünstigen Versorgung abweichen zu können.

- Die PKV fordert, den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern und den gebotenen Gesundheitspass unterschiedslos sicherzustellen. Auch für die Privatversicherten und -versicherungen müssen elektronisch lesbare Rechnungen und Rezepte verfügbar sein.

5. In der europäischen Perspektive wird der Rolle des privaten Bereichs im Gesundheitswesen eine größere Rolle beizumessen sein.

- Die nationale Sozialgesetzgebung wird berücksichtigen müssen, dass die Privilegien der GKV im Preis- und Kartellbereich europarechtlich nur solange vertretbar bleiben, wie das Solidaritätsprinzip nicht infrage gestellt wird und die Kassen nicht den Charakter von Wettbewerbsunternehmen erhalten. Schon deshalb ist etwa ein Angebot von Wahlтарifen durch die gesetzlichen Krankenkassen unmöglich.
- Der Tätigkeitsbereich der PKV darf nicht in einer Weise eingeschränkt werden, dass auch den Unternehmen aus dem europäischen Ausland der Marktzugang erschwert werden könnte.
- Die privaten Krankenversicherungen und die Privatversicherten dürfen

andererseits auch nicht in ihren Grundfreiheiten der Dienst- und Niederlassungsfreiheit sowie der Freizügigkeit in den anderen europäischen Ländern beeinträchtigt werden, etwa indem die deutsche Vollversicherung nicht als ausreichend für die Befreiung vom Sozialversicherungszwang im Ausland anerkannt wird.