nanzierung von Ausgabensteigerungen nicht mehr beteiligt. Gewinner ist ferner die private Versicherungswirtschaft, die ihr bisheriges Geschäftsmodell kaum behelligt weiter betreiben kann. Gewinner sind auch die niedergelassenen Ärzte, deren Budgets aufgehoben werden sollen. Zusätzlich sollen sie Zuschläge für besondere Qualität abrechnen dürfen.

In der weiteren politischen Auseinandersetzung sollte die Politik zum Verzicht auf den Gesundheitsfonds bewegt werden. Er ist untauglich für die Lösung der Finanzprobleme und stärkt die Einnahmebasis nicht. Auch der geplante Zusatzbeitrag (Mini-Kopfpauschale) ist entschieden abzulehnen. Denn er ist ein weiterer Schritt in Richtung Privatisierung der Gesundheitsrisiken. Vielmehr ist eine adäquate Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen nötig, auf die man sich verlassen kann. Weiterhin müssen die privaten Krankenversicherungen in einen solidarischen Finanzausgleich einbezogen werden. ❑

Nach den Eckpunkten der Großen Koalition:

Der „Mythos PKV“ hat gewirkt: Private Krankenversicherungen bleiben als Vollversicherer im Geschäft

Von Knut Lambertin

Das Bundeskabinett hat am 12. Juli 2006 die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ beschlossen. Neben vielen offenen Fragen enthalten sie auch Neuregelungen zum Verhältnis zwischen der privaten (PKV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Eckpunkte garantieren den privaten Krankenversicherern vor allem weiterhin das lukrative Geschäftsfeld der „Vollversicherung“ gegen Krankheit – und sichern ihnen damit die Existenz. Vor und während der Verhandlungen hatten sich führende Koalitionspolitiker für den „Schutz der PKV“ ausgesprochen, oftmals mit der Begründung, die PKV sei – im Gegensatz zur GKV – das „gesunde System“. Stimmt das oder ist es nur ein Mythos? Und: Was wird die anstehende Gesundheitsreform am „System PKV“ ändern? Damit beschäftigt sich der folgende Beitrag.

1. Das System PKV

1.1 Was ist die PKV?

Angesichts der Abkürzungen GKV und PKV kann man der Vorstellung aufsitzen, dass die Unterschiede zwischen beiden Systemen nur gering sind. Schlüsselt man die drei Buchstaben jedoch auf, werden die Unterschiede immer deutlicher. GKV ist die gebräuchliche Abkürzung für die gesetzliche Krankenversicherung, deren Träger die Krankenkassen sind. In diesen sind die gesetzlich Versicherten Mitglieder und ihre Familienangehörigen kostenfrei mitversichert, sofern sie nicht selber der Versicherungspflicht unterliegen. Am 1. Mai 2006 waren bei der GKV 70,4 Millionen Menschen versichert.[1]

Die PKV wird umgangssprachlich mit der privaten Krankenversicherung gleichgesetzt. Genau genommen ist es jedoch die Abkürzung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, eines eingetragenen Vereins mit derzeit 49 Mitgliedsunternehmen. Diese Versicherungsunternehmen decken – so der Verband – „99 Prozent des gesamten Marktanteils“[2] ab. Zweck des PKV ist – laut Satzung – die „Vertretung und Förderung der allgemeinen Interessen der privaten Krankenversicherung sowie der privaten Pflegeversicherung und seiner Mitgliedsunternehmen“.[3] Damit wird deutlich, dass der Verein, der seinen Hauptsitz in Köln hat, den Charakter eines Lobbyverbandes der Versicherungsunternehmen mit dem Geschäftsfeld Krankenversicherung hat. Um seiner Lobbytätigkeit besser gerecht werden zu können, hat der PKV eine Dependance in Berlin, wohin inzwischen auch der Schwerpunkt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verlagert worden ist. Ziel der Verlagerung ist, „eine größere Nähe zu politischen Entscheidungsträgern, Gesprächspartnern und Berichterstattern“[4] zu schaffen.

Der Autor

Dipl.-Pol. Knut Lambertin ist Politischer Sekretär für Gesundheitspolitik und Krankenversicherung beim Bundesvorstand des DGB

1 Darunter waren 28,6 Mio. Pflichtversicherte (40,6 %), 4,8 Mio. freiwillig Versicherte (6,8 %), 16,9 Mio. Rentner (24,0 %) und 20,1 Mio. mitversicherte Familienangehörige (28,6 %). Letztere sind keine eigenständigen Mitglieder der GKV (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit).

2 Wir über uns, in PKV – Verband der privaten Krankenversicherung e.V. URL: http://www.pkv.de/default.asp (Abgerufen: 19. Juli 2006, 14.01 Uhr)

3 Satzung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. i. d. F. des Beschlusses der Mitgliederversammlung am 12. 6. 1997, eingetragen in das Vereinsregister Nr. 4391 beim Amtsgericht Köln am 31. 10. 1997, S.3

4 Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Die private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 2005, Köln 2006, S. 115

1.2 Die Gesellschaftsformen: AGs oder aGs

Mitglieder des PKV waren Ende letzten Jahres 19 Versicherungsunternehmen mit der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG; siehe „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“) und 29 Aktiengesellschaften. Zu den privaten Krankenversicherern gehören unter anderem Allianz, AXA, Barmenia, Continentale, Debeka, DEVK, DKV, Gothaer und HUK. Die meisten der Versicherungsvereine aG im PKV sind große Unternehmen, die sich in ihrer Geschäftspraxis kaum von den VersicherungsAGen unterscheiden.[5]

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit [6]
(aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie:)

Ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) ist eine Rechtsform für Versicherungsgesellschaften. Im Gegensatz zu einem als Aktiengesellschaft geführten Versicherungsunternehmen hat der VVaG keine Aktionäre. Vielmehr sind die Versicherungsnehmer in der Regel Mitglieder und damit Träger des VVaG. […]

Einführung

Der VVaG ist eine besondere Rechtsform für Versicherungsunternehmen. Im Gegensatz zu anderen Rechtsformen wie der Aktiengesellschaft, die im Aktiengesetz geregelt ist und der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), die im GmbH-Gesetz geregelt ist, gibt es für die Rechtsform des VVaG kein eigenes Gesetz. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den VVaG sind im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), §§ 15–53 b geregelt.

Da ein VVaG keine Anteilseigner hat, an die Dividenden ausgeschüttet werden müssen, können erwirtschaftete Überschüsse im Unternehmen verbleiben oder den Vereinsmitgliedern (Kunden/deren Verträgen) zugute kommen. Im Idealfall kann der VVaG daher den einzelnen Tarifen höhere Überschüsse zuweisen und somit höhere Renditen bzw. günstigere Versicherungsprämien anbieten, als Versicherer in anderen Rechtsformen.

Historie

VVaG sind die Urform der heutigen Versicherungsunternehmen. Die Idee des VVaG als Rechtsform für eine überregionale Versicherung geht auf den Kaufmann Ernst-Wilhelm Arnoldi zurück. Als Arnoldi im Jahre 1820 in Gotha die „Feuerversicherungsbank des Deutschen Handelsstandes“ ins Leben rief, verwirklichte er damit die Idee der gegenseitigen Hilfe: Alle tragen gemeinsam die Last des Einzelnen. Das Besondere: Die Versicherten sind gleichzeitig Eigentümer des Unternehmens. Ähnlich wie bei genossenschaftlichen Banken existieren keine ausschließlich Kapital gebenden Eigentümer, weshalb eine kontinuierliche und von Kapitalgebern unabhängige Geschäftspolitik im Interesse der Mitglieder garantiert ist. Notwendige unternehmerische Entscheidungen können schnell getroffen und umgesetzt werden.

Der VVaG ist getragen von den Bedürfnissen seiner Mitglieder. Das sichert ihm Marktnähe und Innovationskraft. Ähnlich dem Entscheidungsgremium der Hauptversammlung für die Aktionäre einer Aktiengesellschaft hat der Versicherungsverein für seine Mitglieder als oberstes Organ die Mitgliedervertreterversammlung, teilweise auch Hauptversammlung genannt. […]

Bedeutendstes Ziel der Versicherungsunternehmen ist Gewinn und Rentabilität – unabhängig von der Rechtsform. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei den gesetzlichen Krankenkassen um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die als Institutionen, die von den Beitragszahlern selbstverwaltet werden, keinen Gewinn erzielen dürfen. Bei den PKV-Mitgliedern handelt es sich weit überwiegend um private Finanzdienstler, die Kunden oder Mitgliedern außerhalb der GKV Versicherungsschutz gegen die finanziellen Belastungen durch Krankheit bieten. Gegen Zahlung einer Prämie erhält der Kunde oder das Mitglied eine Police.

Personen, die nicht der Versicherungspflicht gem. § 5 SGB V unterliegen, können sich in der Form einer Vollversicherung durch einen Finanzdienstler privat gegen die Risiken durch Krankheit absichern. Dies gilt vor allem für Arbeitnehmer, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt (s. „Rechengrößen“, S. 227), geringfügig Beschäftigte, Beamte, Selbstständige und Werkstudenten.

Seit 1973 macht eine stetig wachsende Zahl von Personen von dieser Möglichkeit in Deutschland Gebrauch (siehe auch Schaubild 1). Waren es im Jahr 1973 erst rund vier Millionen Menschen, die sich privat voll gegen das Risiko Krankheit versicherten, konnten die PKV-Unternehmen im Jahr 2004 schon 8,26 Mio. Kunden voll versichern.[7] Mittlerweile sind es bereits 8,4 Millionen.[8] Dazu kamen im Jahr 2003 etwa 7,9 Mio. Kunden, die zusätzlich Risiken über Policen absicherten.

1.3 Prämienkalkulation für PKV-Kunden

Die Prämien für private Krankenversicherungspolicen werden auf Grundlage des individuellen Gesundheitsrisikos geschlechts- und altersabhängig sowie entsprechend des aktuellen Gesundheitszustandes kalkuliert. Die so ermittelte Nettoprämie darf nur auf Basis der jeweils aktuellen Sterbetafeln, des Rechnungszinses und der Stornowahrscheinlichkeit berechnet werden. Dazu kommen individuelle Risikozuschläge für leichte Vorerkrankungen,

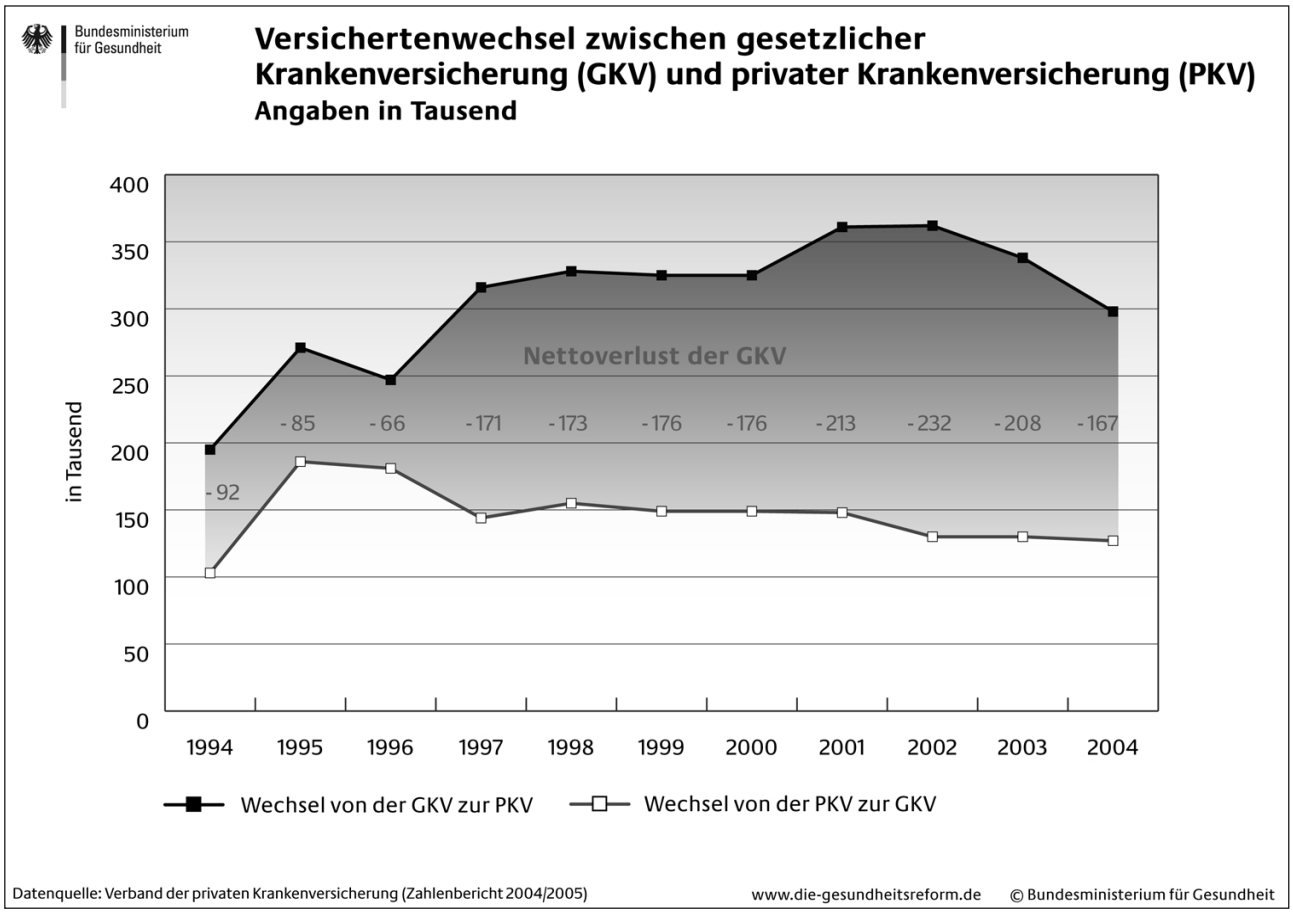
5 vgl. Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, in Gabler Wirtschaftslexikon, Bd. V–Z, Wiesbaden 2005, 16., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 3185

6 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. in: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. URL: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Versicherungsverein_auf_Gegenseitigkeit&oldid=17348741 (Abgerufen: 19. Juli 2006, 14.58 Uhr)

7 vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2005, Berlin 2005

8 vgl. DER SPIEGEL 27/2006 vom 3. Juli 2006, S. 20

Schaubild 1:



die der mögliche Kunde hat – beispielsweise Bluthochdruck oder Übergewicht.

Soziale Erwägungen – vergleichbar mit denen in der GKV (z. B. Prämien entsprechend der Einkommenshöhe) – werden nicht berücksichtigt. Für den Fall, dass ein Kunde Vorerkrankungen aufweist, die schwer und/oder für das Unternehmen unkalkulierbar sind, kommt kein Vertragsverhältnis zustande. Denn eine Versicherungspflicht seitens der PKV-Unternehmen existiert bisher nicht. Viele Menschen mit Behinderung haben dies immer als diskriminierend empfunden. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen dagegen in der Regel alle berechtigten Antragstellersteller aufnehmen.

Grundsätzlich bezieht die Kalkulation der Prämien allein die Lebenserwartung bisheriger Generationen ein, nicht die möglichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die z. B. durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die höhere Lebenserwartung entstehen. Somit ist der Kapitalstock, der von den privaten Versicherern für die Altersrückstellungen gebildet wird, zu gering berechnet, was wiederum dazu führt, dass die Altverträge überproportional von Prämiensteigerungen betroffen sind.

Um eine finanzielle Überforderung im Alter zu vermeiden, sind die PKV-Unternehmen inzwischen verpflichtet, auch für Kunden von über 65 Jahren einen Standardtarif anzubieten. Dieser Standardtarif gemäß § 257 SGB V sichert Leistungen auf GKV-Niveau ab. Seine Prämienhöhe ist gesetzlich an den Höchstbetrag in den GKV gekoppelt, der 2006 durchschnittlich 473,81 Euro beträgt.[9] Angesichts dieser Prämienhöhe ist es nicht verwunderlich, dass Ende 2005 nur 19.829 Personen nach diesem Standardtarif privat versichert waren. Auch wurden schon Gegenmaßnahmen gegen die starken Steigerungsraten der Prämien ergriffen. Seit dem Jahr 2000 sind alle Unternehmen verpflichtet, von Neukunden einen zehnprozentigen Aufschlag auf ihre Prämien für Altersrückstellungen zu nehmen.[10]

1.4 Steigende Prämien

Nicht nur ältere, auch jüngere Kundengruppen der PKV-Unternehmen sind von steigenden Prämien betroffen. Die Zeitschrift Capital berichtete unlängst unter der Überschrift „Gefährliche Steigung“ über Prämiensteigerungen

9 vgl. Michael Markus Grabka: Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie, von der Fakultät VIII - Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Gesundheitswissenschaften – Dr. P. H. – genehmigte Dissertation, Berlin 2004, S. 19 f.

10 vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., a. a. O., S. 11

bei PKV-Unternehmen von bis zu 20 Prozent allein im Jahr 2006. Die moderatesten Steigerungen im Neugeschäft – so Capital nach einer Studie des Analysehauses Morgen & Morgen – würden für Männer 2,6 Prozent betragen. Im Durchschnitt seien hier die Prämien um 4,6 Prozent pro Jahr gestiegen, was einem Beitragsanstieg von 876 Euro innerhalb von zehn Jahren entspreche. Die Prämien für Frauen seien seit 1996 durchschnittlich um 3,7 Prozent erhöht worden.

Insgesamt ergab die Analyse von gut 200 Tarifen der PKV[11], „dass die Beiträge von 1996 bis 2005 um knapp 45 Prozent kletterten. Die Ausgaben für Versicherungsleistungen wuchsen ‚nur' um 35 Prozent – inklusive steigender Kosten durch höhere Lebensdauer und medizinischen Fortschritt".[12] Nur zum Vergleich: Die gesetzlichen Krankenkassen erhöhten ihre Beiträge im gleichen Zeitraum im Durchschnitt um etwa 1,4 Prozent.

Für Kunden der PKV-Unternehmen gibt es bis zum Vorruhestandsalter wegen fehlender Bestandskonkurrenz keinen Ausweg. Das heißt, dass sie kaum zu einer billigeren Konkurrenz wechseln können, da ihnen ihre bisherigen Altersrückstellungen nicht ausgezahlt werden, sondern beim bisherigen privaten Krankenversicherer verbleiben.

Gründe für die ständig steigenden Prämienpreise sind unter anderem die Ausgabensteigerungen der PKV-Unternehmen für ihre Kunden und deren Leistungserbringer. Zum Beispiel rühmt sich der PKV-Verband bei der Ärztevergütung der Tatsache, dass im Jahr 2004 die Ausgaben dafür um 0,45 Mrd. Euro auf 4,11 Mrd. Euro gestiegen sind. Das ist eine Ausgabensteigerung von ca. 13,3 Prozent.[13] Die Honorierung für ärztliche Leistungen ist im Übrigen in der Vergangenheit ein ständiger Streitpunkt zwischen Ärzten und privaten Versicherern gewesen.[14] Ein weiterer Grund für die Prämiensteigerungen sind die hohen Verwaltungskosten, die im Jahr 2004 bei 3.946 Euro pro Neuvertrag lagen (siehe Tab.1). Insgesamt gaben die PKV-Mitglieder für Verwaltung inklusive Vertragsabschlusskosten drei Milliarden Euro aus.[15]

1.5 Verhältnis zwischen PKV-Unternehmen und gesetzlichen Kassen

Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherer werben seit Jahren um Arbeitnehmer, die ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben (s. „Rechengrößen", S. 227). Der wesentliche Grund für die-

11 Dabei lagen die monatlichen Prämien für einen 35-jährigen Mann – je nach Versicherungsgesellschaft, Tarif und Selbstbehalt – zwischen 284 und 583 Euro und für eine 35-jährige Frau zwischen 412 und 747 Euro.

12 Ingrid Herden: Gefährliche Steigung, in Capital, Nr. 13/2006 vom 8. Juni 2006, S. 111

13 vgl. „Privatpatienten stützen 2004 das Gesundheitswesen mit 9,5 Milliarden Euro", Pressemitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vom 18. Januar 2006

14 vgl. Harald Clade,: Gebührenordnung für Ärzte: Dauerstreit um den Multiplikator, in Deutsches Ärzteblatt, Nr. 101, Ausgabe 3 vom 16. Januar 2004, Köln 2004, S. A–84 ff.

15 vgl. Karl Lauterbach, Gabriele Klever-Deichert, Andreas Gerber, Markus Lüngen: Kapitaldeckung und Vertragsabschlusskosten der Privaten Krankenversicherung in Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Ausgabe 02/2006 vom 27. März 2006, Köln 2006, S. 12

Tabelle 1: Neuzugänge und Verwaltungskosten der PKV: Jahre 2000 bis 2004

Jahr	Vollversicherte (in Mio.)	Neuzugänge		Verwaltungsausgaben i. e. S. (in Mio. Euro)	Vertragsabschlusskosten (in Mio. Euro)	Summe Verwaltung (in Mio. Euro)	Kosten pro Vertragsabschluss in Euro	Verwaltungskosten pro Vollversicherten und Jahr in Euro
		Brutto	Netto			= 5 + 6	= 6/3	= 7/2
Sp. 1	2	3	4	5	6	7	8	9
2000	7,494	628.700	166.000	712,4	1.921,5	2.633,9	3.056,3	351,5
2001	7,710	607.100	215.800	734,8	2.087,2	2.822,0	3.438,0	366,0
2002	7,924	591.900	220.800	750,8	2.232,7	2.983,5	3.772,1	376,5
2003	8,110	595.400	186.800	758,0	2.295,3	3.053,3	3.855,1	376,5
2004	8,259	590.100	149.100	758,6	2.328,8	3.087,4	3.946,5	373,8

Quelle: Lauterbach u. a.: Kapitaldeckung und Vertragsabschlusskosten der Privaten Krankenversicherung in Deutschland, a. a. O.

ses Werben ist, dass es sich bei diesen Personen nicht nur um gut verdienende, sondern oft auch um junge und gesunde Menschen handelt. Diese bescheren hohe Einnahmen – bei einem geringen Risiko für hohe Ausgaben infolge von Krankheit. Während aber die gesetzlichen Krankenkassen auch untereinander um die Bestands-Versicherten bei dieser attraktiven Gruppe konkurrieren, werben die PKV-Unternehmen allein um Neukunden.

Rechengrößen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung 2006

Beitragsbemessungsgrenze:
42.750 Euro pro Jahr
(2005: 42.300 Euro; 2004: 41.850 Euro)

Die Beitragsbemessungsgrenze markiert den Wert, bis zu dem das Monatseinkommen der Beschäftigten zur Bemessung der Versicherungsbeiträge herangezogen wird. Wer also mehr als 42.750 Euro im Jahr 2006 verdient, zahlt für das darüber liegende Gehalt keinen Kranken- und Pflegekassenbeitrag mehr.

Die Anhebung entspricht der jährlichen Anpassung an die Gehaltsentwicklung in Deutschland.

Versicherungspflichtgrenze:
47.250 Euro pro Jahr
(2005: 46.800 Euro; 2004: 46.350 Euro)

Die Versicherungspflichtgrenze markiert das monatliche Einkommen, bis zu dem jeder Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert ist. Nur wer mehr verdient, hat die Wahl, in der GKV zu bleiben oder in die private Krankenversicherung zu wechseln.

Die Versicherungspflichtgrenze entspricht 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung. Seit 2003 ist die Versicherungspflichtgrenze nicht mehr deckungsgleich mit der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung.

Grundsätzliche Unterschiede ergeben sich zwischen gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherern auch hinsichtlich der Leistungsprinzipien. Die GKV kennt das Sachleistungsprinzip, nach dem eine Leistung bargeldlos in Anspruch genommen werden kann, weil der Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkasse ist. Die PKV-Unternehmen arbeiten mit dem Kostenerstattungsprinzip. Das bedeutet, dass die Leistung durch den PKV-Kunden vorfinanziert werden muss, weil er Vertragspartner des Leistungserbringers ist.[16] Bei Streitigkeiten über die teilweise oder volle Erstattung der Kosten bleibt der PKV-Kunde auf seinen Kosten sitzen. Die teilweise oder volle Erstattung der Kosten der jeweils versicherten Leistung ist Bestandteil der PKV-Police. In der GKV haben jedes Mitglied und seine mitversicherten Angehörigen einen sofortigen Anspruch auf alle notwendigen und sinnvollen medizinischen Maßnahmen entsprechend dem gesetzlichen Leistungskatalog.

Während die Krankenkassen über den gesetzlichen Leistungskatalog verhältnismäßig einfach miteinander zu vergleichen sind, ist das Preis-Leistungs-Gefüge in der privaten Krankenversicherungswirtschaft undurchsichtig. Sowohl Wirtschaftsmagazine als auch Verbraucherschützer raten zu vorsichtiger und gründlicher Prüfung der vielen komplizierten Tarife.[17]

Insgesamt haben die privaten Krankenversicherer etliche Vorteile gegenüber ihren gesetzlichen Konkurrenten:

- So müssen sie nicht jeden – auch schlecht verdienenden oder vorerkrankten – Interessenten aufnehmen (kein Kontrahierungszwang),
- sie brauchen ihre Prämien nicht einkommensabhängig zu erheben,
- sie beteiligen sich nicht am Ausgleich besserer und schlechterer Risiken der Versicherten (Risikostrukturausgleich)[18],
- sie müssen Kinder und geringfügig verdienende Ehepartner nicht kostenfrei mitversichern
- und sie müssen sich auch nicht an der Gesundheitsprävention (Vorbeugekampagnen, betriebliche Gesundheitsförderung etc.) beteiligen.

Nicht zuletzt deshalb wächst in der Bevölkerung – und besonders bei den gesetzlichen (Pflicht-)Versicherten – das Unbehagen an der in Deutschland existierenden Teilung der Krankenversicherung in einen privaten und einen gesetzlichen Teil. Begründet werden diese Zweifel mit Beispielen für Zwei-Klassen-Medizin, z. B. bei der Versorgung im Krankenhaus. Unterstützung erhielten die Kritiker dieses zweigliedrigen Versicherungssystems noch im Juni von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die das Thema „Zwei-Klassen-Medizin“ medienwirksam aufgriff.[19]

2. Änderungen bei der PKV durch die Eckpunkte

Mit den vorliegenden Eckpunkten möchte die Große Koalition nun das Verhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen verändern. Dabei soll aber den Privaten das Geschäftsfeld der Krankenvollversicherung erhalten bleiben. Der Wettbewerb innerhalb der PKV-Unternehmen und mit den gesetzlichen Kassen soll allerdings „fair“ verschärft werden.

16 zu den Unterschieden zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip siehe auch Ulrich Wenner: Europäischer Gerichtshof: Nationale Grenzen für ambulante ärztliche Behandlungen müssen geöffnet werden, in SozSich 6/2003, S. 201 f.

17 vgl. Ingrid Herden, a. a. O., S. 112; vgl. Private Krankenversicherung: Der Blick auf die Prämien reicht nicht, in: Verbraucherzentrale Bremen. URL: http://www.verbraucherzentrale-bremen.de/themen/versicherung/pkv.html (Abgerufen: 20. Juni 2006, 13.27 Uhr)

18 Das ist übrigens in einigen anderen Ländern mit privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen nicht so. So beteiligten sich z.B. in den Niederlanden schon lange auch die Privaten am Risikoausgleich; siehe Christina Walser: Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden, in SozSich 3/2006, S. 87 ff.

19 vgl. Markus Grill: „Bin ich als Kassenpatient der Dumme?“, in stern – Das deutsche Magazin, Jg. 58, Nr. 27/2006 vom 17. Juni 2006, S. 90–97

Als Mittel dazu werden ein neuer Basistarif für alle Kunden der Krankenversicherungsunternehmen und die „Portabilität der individuellen Alterrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und bei Wechsel zwischen den Systemen“ genannt.[20]

Gerade diese geplanten Änderungen stoßen bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen auf heftige Kritik. Da es keine individuellen, sondern nur kollektive Altersrückstellungen gebe, sei die Portabilität nicht möglich, erklärte der Vorstandschef der Barmenia, Josef Beutelmann, gegenüber der Süddeutschen Zeitung. Die PKV spricht in diesem Zusammenhang von einer „Enteignung“, gegen die sie mit allen rechtlichen Schritten vorgehen will.[21]

Hinsichtlich der Vergütung wird in den Eckpunkten der Großen Koalition als Ziel genannt, für vergleichbare Leistungen der GKV und der PKV-Unternehmen ein Verzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen einzurichten. Dies soll auch als Grundlage für die privatärztliche Gebührenordnung dienen. Doch sollen in ihr Abweichungen von den vergleichbaren Vergütungen, („Steigerungssätze“[22]) möglich sein.

Nichtversicherte sollen zukünftig – je nach Personenkreis – entweder von den gesetzlichen Kassen oder den privaten Unternehmen versichert werden. Letztere, so der Koalitionsplan, müssten auch ehemalige PKV-Kunden ohne Versicherungsschutz zu einem Basistarif erneut versichern. Dieser Basistarif, der allen PKV-Kunden (auch den „schlechten Risiken“) offen stehen soll, wird mit folgenden Merkmalen konkretisiert:

- Leistungsumfang der GKV,
- Kontrahierungszwang ohne individuelle Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss (also eine ähnliche Regelung wie bei den gesetzlichen Krankenkassen),
- bezahlbare Prämien, die Altersrückstellungen enthalten.

In die solidarische Finanzierung unseres Gesundheitssystems würden die privaten Krankenversicherer nach den Eckpunkten insofern einbezogen, indem sie sich künftig an den „Ausgaben für die Primärprävention“ beteiligen sollen.

Ein Wechsel von der GKV zu den privaten Versicherern soll freiwillig versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ab dem 3. Juli dieses Jahres nur möglich sein, wenn diese drei Jahre in Folge die Versicherungspflichtgrenze überschreiten.[23]

3. Private wären Gewinner der geplanten Reform

Von den geplanten Änderungen sind einige positiv hervorzuheben: so z. B. die Portabilität der Altersrückstellungen oder der beabsichtigte Kontrahierungszwang für ehemals Krankenversicherte. Mit Letzterem wird etwa 200.000 Nicht-Versicherten ein Aufnahme- bzw. Rückkehrrecht gegeben. Dies löst aber nur einen Teil des Problems. Unter den Nicht-Versicherten hat der Anteil der Selbständigen mit niedrigen Einkommen und der geringfügig Beschäftigten zugenommen.[24] Sie können sich oft weder die Prämien in der PKV noch die Beiträge in der GKV leisten. Das Problem könnte nur durch eine (kostengünstige) Pflicht zur Versicherung gelöst werden. Offen bleibt die Frage: Ist der neue Basistarif mit dem schon existenten Standardtarif (siehe 1.3) identisch? Dann dürfte die Prämienhöhe ein großes Problem für die Betroffenen werden.

Trotz positiver Ansätze bleibt aber generell festzuhalten: Die willkürliche Trennung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Versicherungswirtschaft bleibt nach den Eckpunkten bestehen. Damit und mit der Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzten weiterhin höhere Honorare zahlen zu können, werden auch die Tendenzen der Zwei-Klassen-Medizin nicht aufgehoben. Die finanzielle Beteiligung der privaten an den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (Primärprävention) ist unzureichend. Hier kann der Gesetzgeber weiterhin den gesetzlichen Krankenkassen gesamtgesellschaftliche Aufgaben übertragen, die allein ihre Mitglieder solidarisch mitfinanzieren müssen. Die PKV-Kunden bleiben dabei außen vor. Damit werden also gerade die besser Verdienenden von der Mitfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben verschont.

Die Eckpunkte schaffen keinen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen. Ein Wettbewerb zu ungleichen Bedingungen wirkt aber verzerrend zulasten der gesetzlichen Kassen sowie ihrer Mitglieder und Mitversicherten.

Zu einem fairen Wettbewerb gehören einkommensabhängige Beiträge, ein einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang für alle Versicherten, einheitliche Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer und ein Finanzausgleich, in den alle Krankenversicherer einbezogen sind. Solange diese Kriterien nicht alle erfüllt sind, bleibt der Wettbewerbsvorteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft zu Lasten der GKV erhalten. Daher ist das beabsichtigte Recht zum Wechsel von Mitgliedern von den privaten Assekuranzunternehmen zu den gesetzlichen Krankenkassen ein weiterer Wettbewerbsnachteil für letztere. Denn es ermöglicht Menschen, die sich (als „gute Risiken“) in jungen Jahren günstig bei der PKV versichern konnten, im Alter (als „schlechte Risiken“) wieder den Weg zurück in die GKV. Die Altersrückstellungen bei den Privaten reichen schon derzeit nicht aus, um ein übermäßiges Ansteigen der Prämien ihrer älteren Kunden zu verhindern. So ist das PKV-System fortwährend auf Neukunden angewiesen.[25]

Die private Versicherungswirtschaft wird eingedenk der vorliegenden Eckpunkte der SPD-CDU/CSU-Regierung

20 vgl. [Bundesregierung:] Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006, S. 24, 25

21 Caspar Dohmen: „Unmut bei den Privaten“, in Süddeutsche Zeitung, 4. Juli 2006, S. 2

22 a. a. O., S. 7.

23 vgl. a. a. O., S.24.

24 vgl. „Immer mehr Menschen ohne Krankenversicherung“, in SozSich 11/2005, S. III

25 vgl. Michael Markus Grabka, a. a. O., S. 20

zu den Gewinnern der Gesundheitsreform gehören. Das ist umso bedauerlicher, als sich die SPD und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vor Beginn der Großen Koalition so vehement für eine solidarische Bürgerversicherung und Abschaffung der Zwei-Klassen-Medizin eingesetzt hatten. Doch scheinbar gilt, was die Süddeutsche Zeitung am 4. Juli schrieb: „Die Lobby der privaten Krankenversicherer hat in den vergangenen Wochen gute Arbeit geleistet."[26] Die Lobby der privaten Finanzwirtschaft und die mit ihr verbandelten Unionspolitiker[27] in der Koalition waren offensichtlich durchsetzungsstärker. ❑

26 Caspar Dohmen, a. a. O.

27 vgl. Markus Grill, a. a. O., S. 97

Gesundheitsökonomen zu den Eckpunkten:

„Kein Problem gelöst, aber neue geschaffen"

Die nun von der Bundesregierung verabschiedeten Eckpunkte enttäuschen nahezu alle Gesundheitsökonomen – ganz gleich, welche Richtung sie vertreten. In einer Stellungnahme vom 12. Juli warnen 18 Mitglieder des Vereins für Socialpolitik die Bundesregierung vor der Umsetzung der Eckpunkte. Darin heißt es u. a.:

„Anfang Juli haben die Parteien der großen Koalition ihre ‚Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006' vorgelegt. Darin ist jedoch von den Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag so gut wie nichts übrig geblieben – im Gegenteil: Beitragssätze und Arbeitskosten werden sogar schon kurzfristig weiter steigen –, und von einer ‚nachhaltigen' Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen kann erst recht keine Rede sein. Zudem werden die Spielräume für einen qualitäts- und effizienzsteigernden Wettbewerb auf dem Krankenversicherungs- und Leistungsmarkt eher kleiner statt größer.

Zu einigen wesentlichen Inhalten der Eckpunkte im Einzelnen:

- In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen künftig mindestens 95 Prozent der Gesundheitsausgaben über einen ‚Gesundheitsfonds' finanziert werden, der sich im Wesentlichen durch einheitliche Beiträge von GKV-Mitgliedern und Arbeitgebern speist, die gesetzlich fixiert werden sollen. Damit ändert sich an den derzeitigen Finanzierungsgrundlagen praktisch nichts; es wird lediglich eine neue zentrale Beitragseinzugsbürokratie geschaffen, die den bisherigen Risikostrukturausgleich neu organisiert. Über eine Weiterentwicklung des RSA findet sich in dem Eckpunktepapier keine Aussage.
- Insbesondere bleibt die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen – zentraler Grund für ständige Beitragssatzsteigerungen in der Vergangenheit – unverändert bestehen. […]
- Falls die Fondsmittel nicht ausreichen, die Ausgaben zu decken, sollen die Krankenkassen einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben, der ein Prozent des Haushaltseinkommens nicht übersteigen darf. Dies wird zu erheblichem zusätzlichen Bürokratieaufwand führen, falls dafür ein zweites Inkassosystem benötigt wird. Außerdem wird der Kassenwettbewerb verzerrt, wenn die Ausgestaltung des Zusatzbeitrags in das Ermessen der Kassen gestellt wird und kein Risikoausgleich stattfindet. […]
- Zu der mit dem Gesundheitsfonds drohenden Entwicklung der GKV zu einer staatlichen Einheitsversicherung passt es, dass es abermals unterlassen wird, die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in allen Versorgungssektoren konsequent wettbewerblich zu öffnen und durchgängig tragfähige Optionen für Selektivverträge zu schaffen. […]
- Für die vertragsärztliche Versorgung ist ein einheitliches Vergütungssystem mit einem ‚Bundes-Preisniveau' vorgesehen, bei dem lediglich auf Landesebene ‚in jährlich stattfindenden kassenartenübergreifenden Verhandlungen Zu- oder Abschläge von diesem Preisniveau' vereinbart werden können. Mit wettbewerblicher Orientierung der Gesundheitsversorgung hat dies erkennbar nichts zu tun. […]
- Die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in gesetzliche und private Krankenversicherung mit ihren problematischen Selektionswirkungen an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV bleibt im Grundsatz bestehen. Kein einziges der von Gesundheitsökonomen vorgelegten Reformkonzepte – wie immer es konkret ausgestaltet sein mag – hält einen segmentierten Krankenversicherungsmarkt für ein ökonomisch sinnvolles Modell. […]

Der jetzt vereinbarte Weg führt erkennbar weder zu mehr Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, noch zu mehr Stabilität, Nachhaltigkeit und Verteilungsgerechtigkeit bei der Finanzierung, sondern geradewegs zu einem staatlich kontrollierten System mit mehr Bürokratie und Bevormundung bei unverändert steigenden Finanzierungslasten für Arbeitgeber und Versicherte. Diese ‚Reform' kann keine Probleme lösen, sondern wird sie noch weiter verschärfen: Sie darf auf keinen Fall so beschlossen werden!"

Prof. Dr. Friedrich Breyer (Uni Konstanz und DIW, Berlin), Prof. Dr. Hans Adam (FHVR Niedersachsen), Prof. Dr. Dieter Cassel (Uni Duisburg-Essen), Prof. Dr. Frank Daumann (Friedrich-Schiller-Uni Jena), Prof. Dr. Roland Eisen (Johann Wolfgang Goethe-Uni Frankfurt a. M.), Prof. Dr. Stefan Felder (Otto-von-Guericke Uni Magdeburg), Dr. Klaus Jacobs (WIdO-Institut der AOK), Prof. Dr. Alexander Karmann (TU Dresden), Prof. Dr. Mathias Kifmann (Uni Augsburg), Prof. Dr. Hartmut Kliemt (Uni Duisburg-Essen), Prof. Dr. Walter Krämer (Uni Dortmund), Prof. Dr. Reiner Leidl (Ludwig-Maximilians-Uni München), Prof. Dr. Ulrich Meyer (Uni Bamberg), Prof. Dr. Walter Ried (Ernst-Moritz-Arndt Uni Greifswald), Prof. Dr. Volker Ulrich (Uni Bayreuth), Prof. Dr. Gert G. Wagner (TU Berlin und DIW), Prof. Dr. Achim Wambach (Uni Köln), Prof. Dr. Jürgen Wasem (Uni Duisburg-Essen)